



HAL
open science

Place de l'échelle numérique dans l'évaluation de la douleur psychologique : étude de corrélation entre l'inventaire de dépression de Beck-II et une échelle numérique de la douleur psychologique

Denis Paris

► To cite this version:

Denis Paris. Place de l'échelle numérique dans l'évaluation de la douleur psychologique : étude de corrélation entre l'inventaire de dépression de Beck-II et une échelle numérique de la douleur psychologique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-04105580

HAL Id: dumas-04105580

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04105580>

Submitted on 30 May 2023

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.

**PLACE DE L'ECHELLE NUMERIQUE DANS
L'EVALUATION DE LA DOULEUR
PSYCHOLOGIQUE**

Etude de corrélation entre l'Inventaire de Dépression de Beck-II et
une échelle numérique de douleur psychologique

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine

Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 15 octobre 2021

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

PARIS DENIS

Examineurs de la thèse : M. JEHEL Louis

Professeur
Président

M. NACHER Mathieu

Professeur

M. JEREMIE Jean-Marc

Docteur en Médecine

M. BIER Matthieu

Docteur en Médecine

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Christophe DELIGNY

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Bertand De TOFFOL

Neurologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Louis-Etienne GAYET

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

André CABIE

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 11

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
Hygiène hospitalière
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Antoine ADENIS

Epidémiologie, Economie de la Santé
et Prévention
CH de CAYENNE

Tel : 05 94

Annie LANNUZEL

Neurologie
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 93 50 24

Michel CARLES

Anesthésie-Réanimation
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR-PIERRE

Parasitologie et Infectiologie
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique
CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Tel : 0690

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

MEJDOUBI Mehdi

Radiologie et Imagerie

VENISSAC Nicolas

CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696 38 05 20
Chirurgie Thoracique Et cardiovasculaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0696

DJOSSOU Félix

Maladies Infectieuses Et tropicales
CH de CAYENNE
Tél : 0694

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE
Tel : 06 94

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 24 61

Moustapha DRAME

**Epidémiologie Economie de la Santé et
Prévention**
CHU de MARTINIQUE

TABUE TEGUO Maturin

**Médecine interne : Gériatrie et biologie
Du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0690

CORDEL-WATTIER Nadège

Dermato -Vénérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel :

ROGER Pierre-Marie

Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales
CHU de GUADELOUPE
Tel :

MERLE Harold

Ophthalmologie
CHU de MARTINIQUE
Tel :

Kallel HATEM

Médecine Intensive-Réanimation
CHU de CAYENNE
Tel :

Stéphanie PUGET

Neurochirurgie

CHU de MARTINIQUE
Tel :

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Papa Ngalgou GUEYE

Médecine D'urgence
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

Hossein MEHDAOUI

Médecine Intensive-Réanimation
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 13 00

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 Fax : 05 90 75 84 38

BACCINI Véronique

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE-À-PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

MASSE Franck

Médecine Générale
Tél : 0596 56 13 23

JOACHIM-CONTARET Clarisse

**Epidémiologie, Economie de la Santé et
prévention**

.fr

CHU de MARTINIQUE
Tel :

BRUREAU Laurent

Chirurgie Urologique
CHU de GUADELOUPE
Tel :

KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT
Walé

Médecin généraliste

Maison de santé Pluriprof du Lamentin
Tel :

CARRERE Philippe

Médecin généraliste
60 route du camp Jacob
Tel : 0690

BERAL Cindy

Ophthalmologie
CHU de GUADELOUPE
Tel :

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte

Endocrinologie
CHU DE GUADELOUPE
Tel : 05 90

CHAUMONT Hugo

Neurologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90

BUTORI Pauline

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590 89 14 50

OBERT-MARBY Camille

Médecin Générale
CH de l'Ouest guyanais
Tel :

BAGOEE Cécile

Médecine Interne
CHU de MARTINIQUE
Tel

AOUN Tanous

Chirurgie Cardiaque et Thoracique

	CHU de MARTINIQUE Tel :
CHEVALLIER Ludivine	Chirurgie Générale et VIS CH de CAYENNE Tel :
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de MARTINIQUE Tel :
LOUIS-SIDNEY Fabienne	Cardiologie CHU de MARTINIQUE Tel :
HUYGHUES DES ETAGES Gunther	ORL CHU de GUADELOUPE Tel : 0590
DECAESTECKER Antoine	Anesthésiologie/Réanimation CHU de GUADELOUPE Tel :
PASQUIER Jérémie	Maladies Infectieuses maladies Tropicales CHU de MARTINIQUE Tel : 05 90 93 46 16
ZELLALI Kenza	Pédiatrie CHU de CAYENNE Tel :
PERROT Emmanuel	Urologie CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
JEREMIE Jean-Marc	Psychiatrie CHU de MARTINIQUE Tel : 05 96 55 20 44
MONNIER Benjamin	Gynécologie Obstétrique CHU de GUADELOUPE Tel :
SAINTE-ROSE Vincent	Parasitologie CH de Cayenne Tel : 05 90
ROLLE Amélie	Anesthésie-Réanimation CHU de GUADELOUPE Tel : 05 90
CARPIN Jamila	Médecine Générale Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane Tel : 0690

PLACIDE-FRANCIL Axiane

Médecine Générale
CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690

LARA Kève-Yann

Médecine Générale
Maison Médicale de la Rotonde
Tel :

BLAIZOT Romain

Dermatologie
CH de CAYENNE
Tel : 0694

PARSEMAIN Aurélie

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0694

DUDOUIT Sylvain

Chirurgie Orthopédique
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0596

Table des matières

Remerciements	2
Point sur la situation	3
La douleur psychologique	3
Définition	3
Hypothèses et évaluation	4
La douleur physique	7
Le suicide	9
Résumé de l'étude	10
Etude PSYNEP.....	12
Introduction	12
Matériels et méthodes	15
Résultats	19
Discussion	25
Bibliographie.....	28
Annexes	31
Annexe 1 (Beck Depression Inventory 2 ème version) :	31
Annexe 2 (Echelle numérique de douleur Psychologique)	36

Remerciements

A Monsieur le Professeur Louis Jehel,

Je vous suis reconnaissant de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse. Merci de m'avoir accompagné et encouragé dans la réalisation de mon parcours d'interne. Je vous souhaite une bonne continuation dans vos nouvelles perspectives. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Mathieu Nacher,

Pour l'organisation de ce séminaire de thèse qui m'a été d'une grande aide dans ce travail et pour vos précieux conseils. Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Matthieu Bier,

Merci pour votre disponibilité et votre bienveillance dans la direction de mon travail durant ces trois années. Sans vous il n'aurait certainement pas vu le jour de cette manière.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc Jeremie,

Pour avoir été très présent durant les débuts difficiles de l'internat. La qualité de ton enseignement et le plaisir que tu avais à le partager m'ont permis de construire la base de ma pratique aujourd'hui. Merci de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse.

Aux médecins qui ont pris du temps et de l'énergie pour transmettre leurs connaissances avec une grande pédagogie : Dans l'ordre de ma formation, Le Docteur Sandra Flaquet, le Docteur Jean-Luc Seka, le Docteur Jean-michel Sigward, le Docteur José Mahazoasy, le Docteur Houari Seridi, le Docteur Veronique Laurent, le Docteur Dominique Deyon, le Docteur Sarah Bydlowski, les médecins assistants de l'ASM 13 et du C'JAAD, le Professeur Marie-Odile KREBS, le Docteur Raphaël Gourevitch, le Docteur Jean-michel Gal, le Docteur Caroline Janvier, le Docteur Assoumane Conde, le Docteur François Lair.

Aux médecins et aux internes avec qui j'ai travaillé, vécu et noué des amitiés.

Aux équipes paramédicales pour leur bienveillance et assistance dans de nombreuses situations difficiles.

A ma famille, à mes amis, sans qui la vie n'aurait pas la même saveur.

A Emma qui m'accompagne depuis plusieurs années avec toujours la même passion.

Point sur la situation

La douleur psychologique

Définition

Il est admis que la douleur psychologique fait partie de l'expérience humaine [1].

Dans la plupart des cas, elle évolue spontanément vers une résolution.

Cependant dans certaines situations, la douleur psychologique prend un caractère intense et prolongé. Dans ce cas cette douleur peut avoir de nombreuses conséquences négatives dans la vie d'une personne et constituer un réel état pathologique nécessitant une prise en charge adéquate. [1]

La douleur psychologique, *psychache* chez les anglosaxons, est une entité décrite dans le monde médical depuis Schneidman, en 1993 [2]. Il la définit comme « *the introspective experience of negative emotions such as dread, despair, fear, grief, shame, guilt, frustrated love, loneliness and loss* »[3] que l'on pourrait traduire par « une expérience introspective d'émotions négatives comme la crainte, le désespoir, la peur, le chagrin, la honte, la culpabilité, la peine de cœur, la solitude et la perte ». Cette définition insiste sur le caractère subjectif et complexe de la douleur psychologique.

Celle-ci est considérée comme une notion centrale dans le comportement suicidaire et statistiquement associée à une augmentation du risque de passage à l'acte auto-agressif. [4]. Une étude de l'Institut de Médecine en 2002 a observé que dans les notes de suicide : « je ne peux plus supporter cette douleur [psychologique] plus longtemps » était la phrase la plus observée[5].

La douleur est donc considérée comme une expérience entraînant un état de mal être que la majorité des personnes cherche à éviter ou à atténuer.

Des auteurs ont proposé plusieurs hypothèses concernant le fonctionnement de la douleur psychologique.

Hypothèses et évaluation

La psychopathologie de la douleur psychologique n'est pas encore totalement élucidée. Cependant, un lien entre le diagnostic médical de dépression, le passage à l'acte suicidaire et la douleur psychologique a été établi [4,6–8].

En 2019, *Demirkol et al.* ont montré que l'intensité de la douleur psychologique augmentait chez les personnes présentant un épisode dépressif majeur, une pathologie physique ou un traumatisme (ex : deuil). Dans cette même étude, la douleur psychologique était associée à une augmentation du risque suicidaire [9].

Plusieurs pistes permettent d'envisager un lien entre douleur physique et douleur psychologique :

- La mise en évidence en neuroimagerie de réseaux neuronaux communs à la douleur psychologique et à la douleur physique

chez des sujets sains. Des études ont montré qu'une douleur psychologique provoquée par un paradigme d'exclusion sociale était associée à une activation de l'insula antérieure et du cortex cingulaire antérieur - régions impliquées dans les phénomènes de douleur physique [1,10,11].

- La fréquence de survenue d'épisodes dépressifs chez les patients souffrant de douleurs chroniques, et réciproquement. Dans certaines études, la prévalence de la dépression dans les douleurs chroniques sévères atteint jusqu'à 85% [11–13].

- L'efficacité des antidépresseurs - notamment les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) - dans le traitement de la douleur chronique. A l'inverse, l'utilité de certaines molécules antalgiques dans le soulagement de la douleur morale a pu être observée [11,14]. Plus récemment, la kétamine - utilisée depuis plusieurs années dans le traitement de la douleur chronique [15] - a obtenu en 2021 l'autorisation de mise sur le marché pour les dépressions résistantes [16]. De plus beaucoup d'études ont montré un effet persistant plusieurs semaines après l'administration dans la réduction des idées suicidaires [17–22].

- La neurobiologie commune entre dépression et constitution d'une douleur physique. Il existe en effet des neurotransmetteurs communs : les monoamines tels que la sérotonine ou la dopamine, le *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) ou les facteurs inflammatoires [11].

Plusieurs auteurs ont mis au point des échelles ayant pour but d'objectiver et de chiffrer la douleur psychologique :

- En 1999, Scheidman a développé la *Psychological Pain assessment Scale* (PPAS). Elle se basait sur 5 images dont les interprétations par le patient orientaient vers des niveaux de

douleur psychologique. Elle nécessitait toutefois un praticien expérimenté [23].

- La *Psychache Scale* (PAS) a été proposée par Holden en 2001 [24]. Elle évaluait les relations entre la douleur psychologique et les tendances suicidaires en 13 items. Sa validité et sa reproductibilité ont été démontrées par *Demirkol et al.* en 2019 [9].
- En 2003, Orbach a mis au point une échelle multidimensionnelle : la *Orbach Mikulincer Mental Pain Scale* (OMMP)[25]. Elle est composée de 44 items. Elle permet d'explorer des notions telles que l'irréversibilité, la perte de contrôle, les blessures narcissiques, l'isolement social. Tossani en 2013 a démontré sa cohérence interne, sa reproductibilité et son lien avec le suicide [26].
- *Olié et al.*, ont proposé en 2010 la *Visual Analogical Scales* (VAS) composée de 6 échelles numériques (cotées de 0 à 10) explorant la douleur physique, la douleur psychologique et les idées suicidaires, à l'heure du passage de l'échelle et dans les 14 derniers jours [7].
- La *Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale* (MBPPAS) s'intéressait à l'évaluation de la douleur psychologique et du risque suicidaire. Elle prenait en compte le moment du passage de l'échelle et les trois derniers mois [8].
- Une équipe américaine a publié en 2019 permettant de qualifier une douleur psychologique d'insupportable (The UP3). Les résultats ont suggéré une bonne corrélation avec d'autres questionnaires plus conséquents [27].
- Plus récemment, en avril 2021, Karin Flenreiss-Frankl a proposé la FESSTE : Un questionnaire multidimensionnel de 30 items [28].

A ce jour, aucune de ces échelles n'a été validée en pratique clinique. L'échelle d'*Olié et al.* n'a pas été traduite en anglais.

La douleur physique

L'être humain a toujours cherché à apaiser la douleur, sans préjuger de son origine.

Au 20^{ème} siècle, de grandes dates ont marqué des changements de paradigme dans la prise en charge de la douleur :

En 1953, l'anesthésiste J. Bonica a émis l'idée que la douleur, en particulier la douleur chronique, pouvait être assimilée à une maladie. Il a développé une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur [29].

Dans la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, de nouveaux antalgiques ont vu le jour, mais également des substances co-analgésiques comme les anti-inflammatoires ainsi que des antidépresseurs et des antiépileptiques.[30]

En 1974, *L'International Association for the Study of Pain* (IASP) définit la douleur comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire potentiel ou réel, ou décrite en termes d'un tel dommage » [31].

Plus tard, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Haute Autorité de Santé ont publié une série de textes et de recommandations qui ont permis d'améliorer la reconnaissance et la prise en charge de la douleur physique. Le 21 juillet 2009 la loi Hôpital, Santé, Territoire (HPST) insistait sur la nécessité de prise en charge de la douleur [32].

Il a donc fallu plusieurs décennies pour que la souffrance physique soit reconnue comme inacceptable et soit la cible de plusieurs lois recommandant de l'évaluer de manière systématique et d'y remédier par tous les moyens nécessaires.

Des centres de prise en charge spécialisés dans la douleur physique ont vu le jour ainsi qu'une spécialité dédiée.

L'étude de la douleur a permis peu à peu d'en spécifier la nature et l'origine. Sont alors apparus les termes d'allodynie, d'hyperalgie, hyperalgésie.

Aujourd'hui la prise en charge des douleurs physiques, chroniques ou aiguës, a beaucoup progressé grâce à cette prise de conscience collective.

Cependant le caractère psychologique de la douleur a été, durant de nombreuses années, considéré comme une simple composante de la douleur physique. La souffrance psychologique était considérée comme appartenant à la douleur physique, en pouvant certes l'aggraver mais sans être une entité à part entière.

De récentes découvertes en neurophysiologie remettent en question ce postulat et évoquent des mécanismes communs entre douleur physique et douleur psychologique. La douleur psychologique a ainsi l'opportunité d'être étudiée comme une entité à part entière. Une bonne connaissance de ses spécificités est essentielle pour proposer une prise en charge adéquate.

Des outils simples et fiables sont utilisés couramment dans l'évaluation de la douleur physique : L'échelle verbale simple, l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique. Dans cette dernière le patient estime sa douleur à l'aide d'un outil gradué de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence de douleur et 10 correspondant à une douleur maximale [33].

Le suicide

L'OMS estime à 800 000 le nombre de décès par suicide chaque année [34]. Malgré la recherche actuelle, les stratégies thérapeutiques efficaces font encore défaut [35].

Dans les années 2000, la France était 14^{ème} au rang mondial du taux de suicide [36]. En 2012, on évaluait à plus de 10000 le nombre de morts par suicide en France [37]. Près de 5% des 18-75 ans déclarent avoir déjà pensé au suicide au cours des 12 derniers mois et 7% déclare avoir déjà fait une tentative de suicide.

Le suicide est la 1^{ère} cause de mortalité des 25-34 ans (20% environ du total des décès dans cette tranche d'âge) et la 2^{ème} cause (après les accidents de la circulation) chez les 15-24 ans. Il s'agit donc d'un problème de santé publique majeur [38].

En 2012, en Guadeloupe, 40 personnes sont décédées par suicide - dont 21 par pendaison. Cette année-là, on recensait 191 hospitalisations pour tentative de suicide [37].

De nouvelles hypothèses pour mieux comprendre ce phénomène complexe sont nécessaires. Le concept de douleur psychologique apparaît comme essentiel.

Comme nous l'avons vu précédemment beaucoup d'études ont montré une corrélation importante entre douleur psychologique, risque suicidaire et dépression. La douleur psychologique se présente donc comme un élément central dans le processus dépressif et suicidaire. Les résultats des études récentes montrent qu'une diminution de cette douleur morale est possible et associée à une diminution du risque suicidaire [4,7,39].

Résumé de l'étude

La douleur psychologique est une notion qui apparaît centrale dans la dépression et les comportements suicidaires. Plusieurs études mettent en évidence un mécanisme commun entre douleur psychologique et douleur physique.

L'échelle numérique est un outil validé qui permet d'évaluer l'intensité de la douleur physique.

Serait-il possible de transposer un tel outil pour évaluer d'une façon simple, efficace et rapide la douleur psychologique ?

L'objectif de l'étude PSYNEP était d'évaluer la corrélation entre une échelle numérique de douleur psychologique (EN-P) et un questionnaire plus complexe : l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) utilisé dans l'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs. Ces deux outils sont des auto-évaluations.

Nous avons mené une étude rétrospective observationnelle au Centre médico-psychologique (CMP) du Gosier. Les patients consultants auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue qui avaient rempli le BDI-II et l'EN-P entre le 01/02/2021 et le 30/04/2021 ont été inclus.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier la corrélation entre le BDI-II et l'EN-P.

L'objectif secondaire était de déterminer quel item du BDI-II était le plus fortement corrélé à l'EN-P. Nous avons choisi un coefficient de Pearson positif comme critère de jugement principal.

Les résultats ont montré une corrélation linéaire et positive de forte intensité entre ces deux outils. Le coefficient de corrélation

de Pearson entre le BDI-II et l'échelle EN-P était de 0,84 (IC95% : 0,73-0,91), $p < 0,0001$).

Lorsque l'on considérait ces variables comme qualitatives, le kappa pondéré montrait une bonne concordance (0,69 (IC95% : 0,57-0,81), $p < 0,0001$).

L'item du BDI-II le plus associé à l'EN-P était celui concernant les « pensées ou désirs de suicide » (0,73 (IC95% : 0,55-0,84)).

Enfin, nous avons analysé les données en variable binaire (positif ou négatif) selon un seuil. Les paramètres obtenus étaient prometteurs : l'aire sous la courbe de ROC était de 0,93, la sensibilité de 90% (IC 95% : 0,70-0,99) et la spécificité de 96% (IC 95% : 0,78-0,1).

En conclusion, les résultats laissent penser que l'utilisation de l'EN-P pourrait être intéressante dans l'évaluation des patients en souffrance psychologique. La simplicité et la rapidité d'utilisation en feraient un atout majeur lors du dépistage ou dans le cadre du suivi.

L'association mise en évidence entre la douleur psychologique et le risque suicidaire augmente encore l'intérêt d'un tel outil. Enfin, il est licite de penser que dans certaines populations spécifiques, l'EN-P pourrait être d'une aide précieuse dans la prise en charge. D'autres études plus complètes sont nécessaires afin de vérifier ces résultats et d'en spécifier les limites.

Etude PSYNEP

Introduction

La douleur psychologique a été définie par Scheidman en 1996 comme une expérience introspective d'émotions négatives comme la crainte, le désespoir, la peur, le chagrin, la honte, la culpabilité, la peine de cœur, la solitude et la perte [3].

La douleur psychologique est considérée comme une notion centrale dans le comportement suicidaire. Elle est statistiquement associée à une augmentation du risque de passage à l'acte auto-agressif [4], et existe un lien entre le diagnostic médical de dépression, le passage à l'acte suicidaire et la douleur psychologique [6–8].

Des études de neurobiologie [11,14] et de neuroimagerie fonctionnelle [1,8,14] ont établi des similitudes entre douleur physique et psychologiques pouvant expliquer ce lien.

En pratique clinique, on observe une augmentation de la fréquence de survenue d'épisodes dépressifs chez les patients souffrant de douleurs chroniques et, réciproquement [9,11–13].

Certaines molécules sont d'ailleurs efficaces dans les deux indications [11,14] ; C'est le cas de la kétamine qui a récemment montré une efficacité dans les dépressions résistantes ainsi que dans la réduction du risque suicidaire [16,17,22].

En 2010, *Olié et al.* ont proposé une association de 6 échelles numériques afin d'évaluer l'interaction entre l'acte suicidaire et la douleur psychologique.

Ces échelles analysaient 3 paramètres : douleur physique, idéation suicidaire et douleur psychologique, au moment du passage de l'échelle et pendant les 14 derniers jours. Ils ont ainsi retrouvé une association significative entre la douleur psychologique, l'intensité et la fréquence des idées suicidaires [7].

D'autres scores ont été proposés afin d'évaluer la douleur psychologique dans la littérature, mais n'ont pas été retenus dans le cadre de cette étude pour deux raisons : Premièrement en pratique courante ces scores requéraient du temps et s'avéraient complexes à remplir par le patient. Ils nécessitaient une interprétation par un clinicien expérimenté. Deuxièmement ces scores n'étaient pas validés en langue française.

L'utilisation d'une échelle numérique a plusieurs avantages : D'une part, c'est un outil simple d'utilisation et compréhensible par le plus grand nombre ; D'autre part, il a déjà fait ses preuves dans l'évaluation de la douleur physique [33].

Nous avons donc fait l'hypothèse qu'une échelle numérique de douleur psychologique pouvait permettre de dépister un état pathologique nécessitant une consultation spécialisée.

Pour vérifier cette hypothèse, nous avons confronté les résultats d'un questionnaire reconnu et validé dans les symptômes dépressifs – l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI-II) - et ceux d'une échelle numérique de douleur psychologique (EN-P) extrapolée à partir de celle existante dans l'évaluation de la douleur.

L'objectif principal de l'étude PSYNEP (*Psychologic Numeric Evaluation of Pain*) était donc d'étudier la corrélation entre le BDI-II et l'EN-P. L'objectif secondaire était de déterminer quel item du BDI-II était le plus fortement corrélé à l'EN-P.

Matériels et méthodes

Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle et rétrospective au centre médico-psychologique du Gosier, en Guadeloupe. Avant chaque entretien, les patients étaient invités à remplir le BDI-II et l'EN-P. Les patients chez qui les résultats de ces questionnaires pouvaient être analysés, ont été inclus (*cf. figure 1*).

Outils

La version française du BDI-II concernait l'évaluation d'un état dépressif durant les 15 derniers jours. Ce questionnaire était composé de 21 items cotés de 0 à 3 pour un score total de 63 points. Il permettait d'établir des stades de dépression comme suit : 0 à 9 score normal ; 10 à 18 dépression légère ; 19 à 29 dépression modérée ; 30 ou plus dépression sévère.

L'EN-P concernait l'évaluation d'une douleur psychologique durant les 15 derniers jours. Elle permettait de déterminer 4 stades d'intensité de douleur psychologique : 0 à 1, absence de douleur ; 2 à 3, douleur légère ; 4 à 7, douleur modérée ; 8 ou plus, douleur sévère.

Pour remplir les questionnaires, le patient avait besoin d'un crayon ou d'un stylo et des tests sous forme papier (*cf. annexes 1 et 2*).

La durée de remplissage était d'environ 15 min pour le BDI-II, et moins de 1 minute concernant l'EN-P.

Inclusion

Les inclusions ont commencé le 01 février 2021 et se sont terminées le 30 avril 2021.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patient adulte (≥ 18 ans)
- Patient ayant une consultation au centre médico-psychologique du Gosier
- Patient ayant fait valoir sa décision de non-opposition à la recherche
- Patients relevant du régime général de la Sécurité sociale
- Patient ayant rempli les deux questionnaires

Les critères d'exclusion étaient :

- Patient âgé de moins de 18 ans
- Patient ayant refusé de donner son consentement
- Patient suivi pour un trouble psychotique chronique
- Patient présentant une déficience intellectuelle
- Patient ayant des troubles cognitifs majeurs
- Patient ayant refusé ou dans l'impossibilité de remplir les questionnaires
- Patient n'ayant pas un niveau de compréhension suffisant de la langue

Au total, 44 patients ont été inclus. Les informations recueillies étaient les scores aux items du BDI-II ainsi que le score total et le score à l'EN-P.

Analyse

Toutes les analyses ont été effectuées avec le logiciel STATA. L'interprétation des scores permettait de déterminer 4 stades de sévérité pour chacun des deux outils : Absence, légère, modérée, sévère. Pour l'EN-P, ces stades ont été extrapolés à partir des stades définis par l'échelle numérique standard, en considérant les spécificités de la douleur psychologique.

Les scores ont été analysés en variable quantitative concernant les scores totaux et en variable qualitative concernant les stades de sévérité. En considérant le BDI-II et l'EN-P en tant que variables quantitatives, le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé. En considérant les échelles BDI et EN-P en tant que variables qualitatives ordonnées (par stades), le Kappa de Cohen pondéré a été utilisé. Une $p\text{-value} < 0,05$ a été considérée comme un indicateur de significativité. Toutes les analyses ont été effectuées sur R.3.4.3. Concernant les items particuliers du BDI, la méthode de Bonferroni a été utilisée.

Dans un second temps, les résultats ont été analysés en variable binaire. Nous avons considéré le BDI-II positif à partir du stade modéré (supérieur ou égal à 19 points sur 63). L'EN-P était considérée positive à partir de 5 inclus. La probabilité a été calculée après régression logistique, ce qui nous a permis d'établir les paramètres de l'EN-P (test nouveau) par rapport à un gold standard – le BDI-II.

Le critère d'évaluation principal était la corrélation statistique entre le BDI-II et l'EN-P selon le coefficient de Pearson.

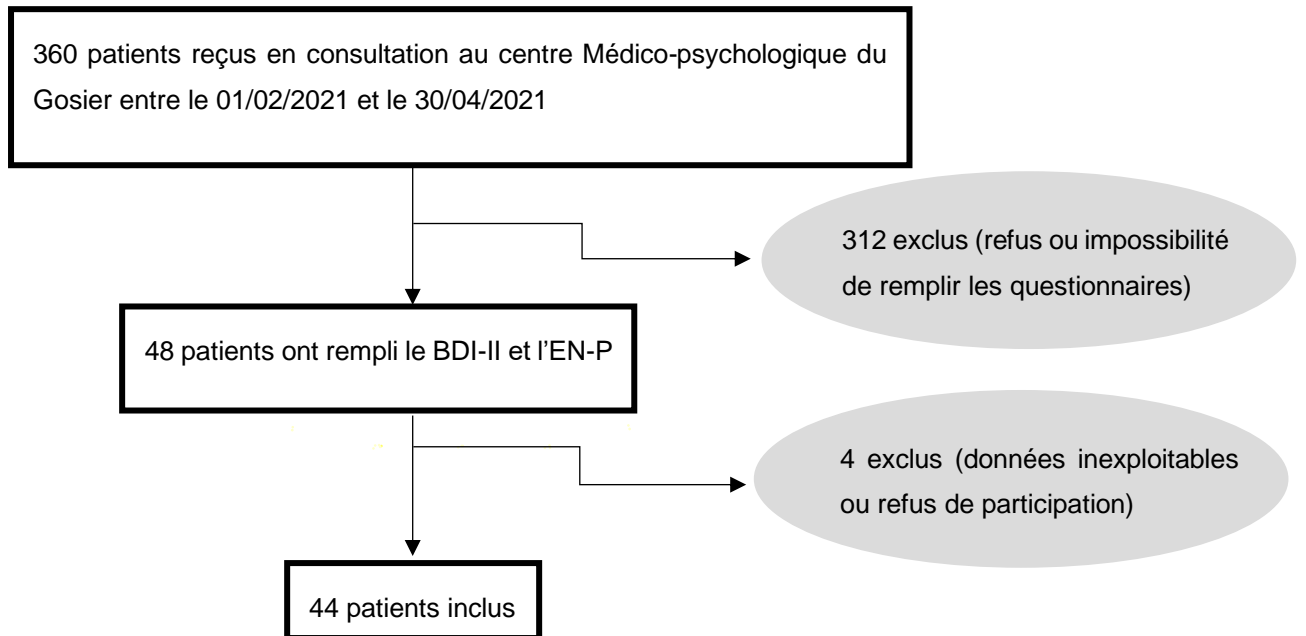


Figure 1 Diagramme de flux de l'étude PSYNEP

Résultats

Les 44 patients inclus avaient entre 18 et 77 ans.

La moyenne du score du BDI-II était de 19.5 points sur 63. La moyenne de l'EN-P était de 4.1 points sur 10.

Le coefficient de corrélation de Pearson entre le BDI-II et l'EN-P était de 0,84 (IC95% : 0,73-0,91), $p < 0,0001$.

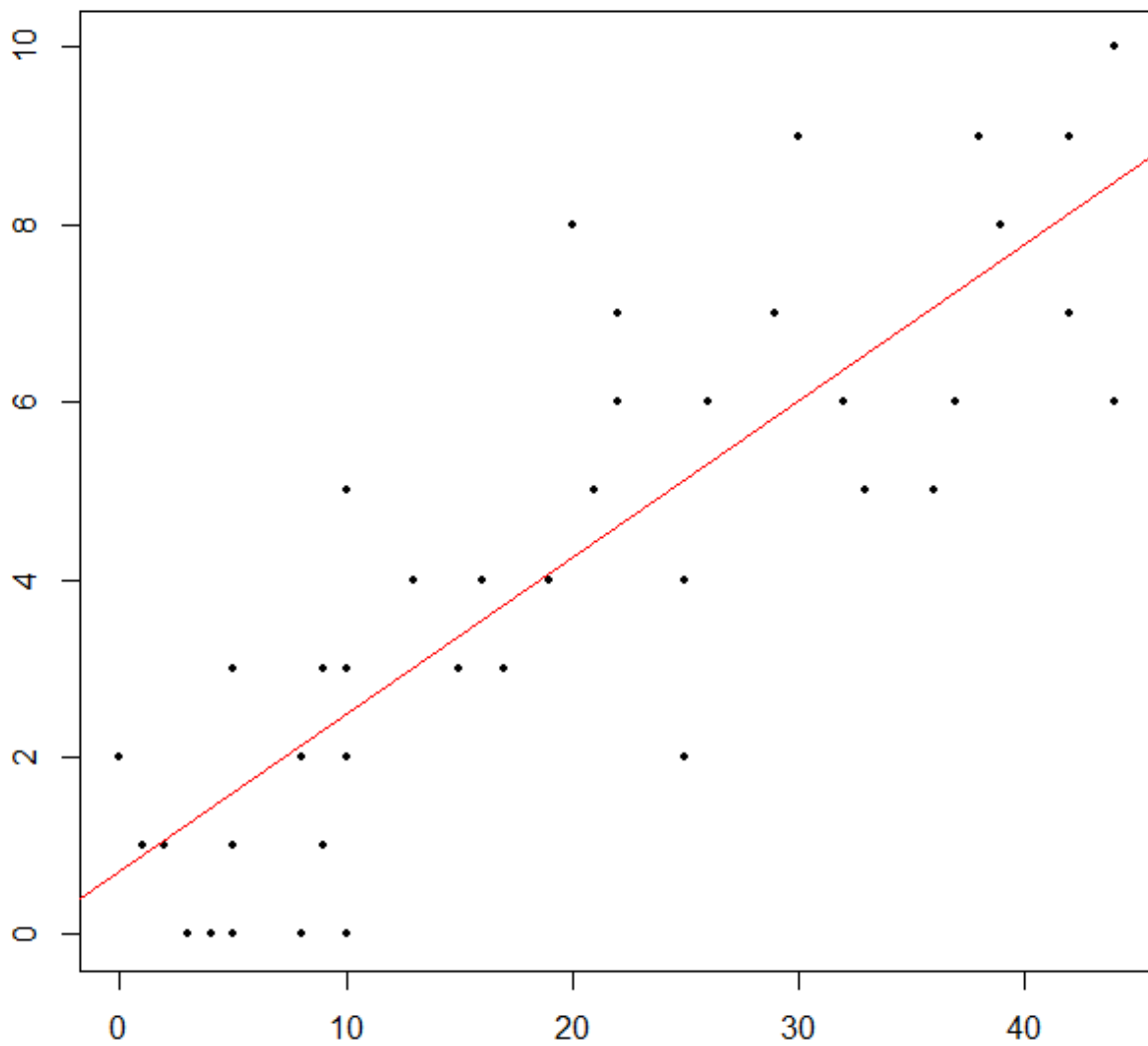


Figure 2 Nuage de points représentant pour chaque patient la paire BDI-II en abscisse et EN-P en ordonnée

En variable qualitative, le Kappa pondéré était de 0,69 (IC95% : 0,57-0,81), $p < 0,0001$.

		EN-P			
		Absence	Léger	Modéré	Sévère
BDI-II	Absence	9	5	0	0
	Léger	1	4	3	0
	Modéré	0	1	8	1
	Sévère	0	0	6	6

Tableau 1 Récapitulatif des stades obtenus avec les différents scores pour chaque patient

Tous les items du BDI-II étaient statistiquement associés à l'échelle EN-P exceptés « le sentiment d'être puni », « les sentiments négatifs envers soi-même » et les « modifications dans les habitudes de sommeil ».

Les items du BDI-II les plus fortement associés à l'échelle EN-P étaient les « pensées ou désirs de suicide » (coefficient de corrélation : 0,73 (IC95% : 0,55-0,84)), « la perte d'énergie » (0,71 (IC95% : 0,52-0,83)) et « la fatigue » (0,70 (IC95% : (0,52-0,86))).

Items BDI	Coefficient de corrélation (IC95%)	p
Tristesse	0,59 (0,36-0,76)	p<0,001*
Pessimisme	0,55 (0,31-0,73)	p<0,001*
Echecs dans le passé	0,51 (0,26-0,70)	p<0,001*
Perte de plaisir	0,57 (0,32-0,74)	p<0,001*
Sentiments de culpabilité	0,46 (0,19-0,67)	0,0016*
Sentiments d'être puni	0,40 (0,12-0,62)	0,007
Sentiments négatifs envers soi-même	0,44 (0,17-0,66)	0,0024
Attitude critique envers soi	0,58 (0,34-0,75)	p<0,001*
Pensées ou désirs de suicide	0,73 (0,55-0,84)	p<0,001*
Pleurs	0,58 (0,34-0,75)	p<0,001*
Agitation	0,70 (0,51-0,83)	p<0,001*
Perte d'intérêt	0,64 (0,42-0,79)	p<0,001*
Indécision	0,59 (0,36-0,76)	p<0,001*
Dévalorisation	0,49 (0,23-0,69)	p<0,001*
Perte d'énergie	0,71 (0,52-0,83)	p<0,001*
Modifications dans les habitudes de sommeil	0,41 (0,13-0,63)	0,006
Irritabilité	0,62 (0,40-0,77)	p<0,001*
Modification de l'appétit	0,48 (0,21-0,68)	0,001*
Difficulté à se concentrer	0,57 (0,33-0,74)	p<0,001*
Fatigue	0,70 (0,52-0,86)	p<0,001*
Perte d'intérêt pour le sexe	0,53 (0,28-0,71)	p<0,001*

* p-value significative avec Bonferroni

Tableau 2 Tableau de corrélation entre chaque item du BDI et l'EN-P avec la méthode de Bonferroni

Concernant l'analyse en variables binaires, le gold-standard était le BDI-II et le test nouveau était l'EN-P.

L'EN-P était considérée comme positive pour un score supérieur ou égal à 5/10. Cela correspondait à une douleur au minimum modérée.

Le BDI-II était considéré comme positif pour un score supérieur ou égal à 19/63, correspondant à une dépression au minimum modérée.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

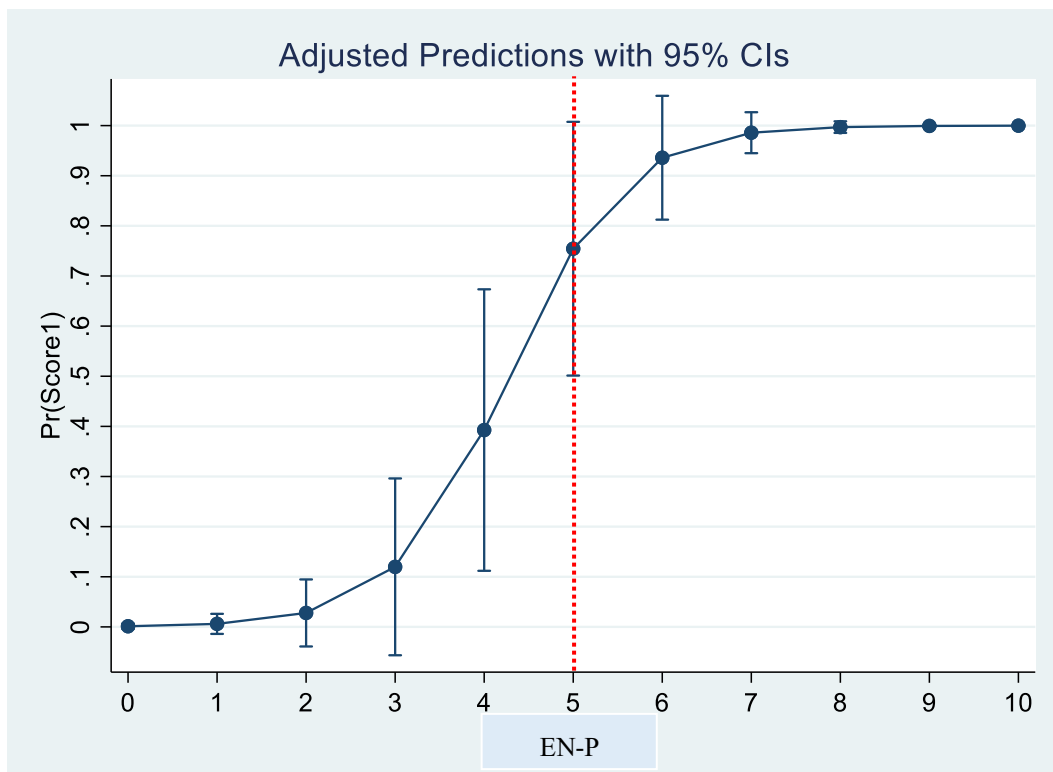


Figure 3 Courbe de probabilité de dépister un BDI-II positif selon le score de l'EN-P

A partir d'un score d'EN-P de 5/10, un patient avait plus de 70% de chance d'avoir un BDI-II positif (stade modéré au minimum).

A partir de 6/10, cette probabilité était supérieure à 90 % et au-delà de 7/10 elle était quasiment de 100%.

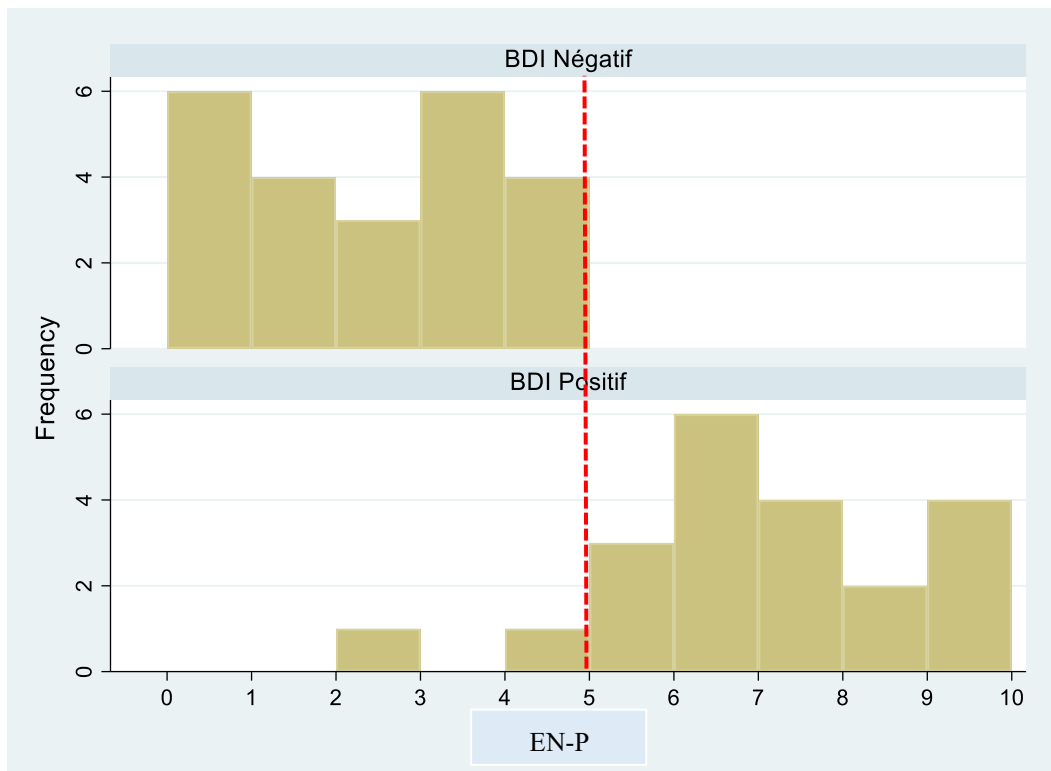


Figure 4 Répartition des participants selon le BDI négatif (en haut) ou positif (en bas) en fonction du score à l'EN-P

Le score de 5/10 à l'EN-P permettait de discriminer les patients en souffrance du point de vue de la BDI-II.

La courbe de ROC réalisée avait une aire sous la courbe de 0.93.

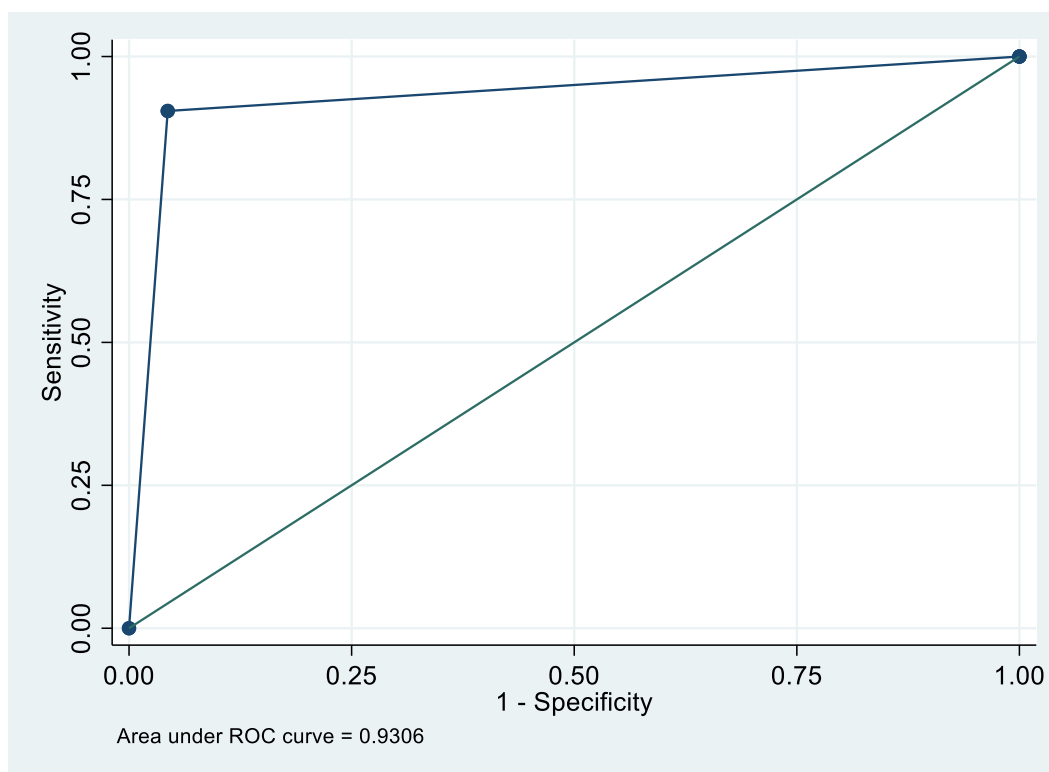


Figure 5 Courbe ROC de l'EN-P versus BDI-II (gold standard)

- La sensibilité était de 90% (IC 95% : 0.70-0.99)
- La spécificité était de 96% (IC 95% : 0.78-0.1)
- La valeur prédictive positive de 95% (IC 95% : 0.75-0.1)
- La variable prédictive négative de 92% (IC 95% : 0.73-0.99)

Discussion

Le faible nombre de patients ($n = 44$) a entraîné une perte de puissance importante dans cette étude ainsi qu'un élargissement des intervalles de confiance. Le nombre important d'exclusion (312 patients) s'explique par les spécificités locales de la Guadeloupe ainsi que par les pathologies majoritairement suivies au centre médico-psychologique (CMP). En effet, certains patients parlaient la langue créole et beaucoup de consultants présentaient une pathologie psychotique chronique et/ou des troubles cognitifs importants.

Le schéma monocentrique et rétrospectif a eu pour conséquence la présence de biais de sélection non négligeables ; on peut supposer que les patients recrutés dans un centre de consultation psychologique sont plus à même de répondre à ces questionnaires que la population générale.

L'ordre de passage des questionnaires est aussi un élément à considérer.

Nous avons choisi de faire remplir le BDI-II en premier ce qui a pu influencer le résultat de l'EN-P.

En revanche, nous avons trouvé une excellente corrélation entre les deux outils, avec un coefficient de corrélation de Pearson de 0,84 (IC95% : 0,73-0,91), $p < 0,0001$ un Kappa pondéré de 0,69 (IC95% : 0,57-0,81) - $p < 0,0001$.

La relation statistique la plus forte a été observée entre l'item « pensées ou désirs de suicide » du BDI-II et l'EN-P avec un coefficient de corrélation : 0,73 (IC95% : 0,55-0,84). Ce qui corrobore les résultats de la littérature actuelle.

Lors des analyses en variable binaire, les résultats des paramètres de test étaient intéressants : L'aire sous la courbe de ROC était de 0.93, correspondant dans la littérature à un test « très informatif » [40]. L'EN-P démontrait ainsi une très bonne capacité à détecter un état considéré comme une dépression modérée ou sévère par le BDI-II (La sensibilité était de 90% (IC 95% : 0.70-0.99). L'EN-P démontrait également une très bonne capacité à exclure des états considérés comme une absence de dépression ou une dépression légère (la spécificité était de 96% (IC 95% : 0.78-0.1).

Les données actuelles sont en faveur d'un rôle majeur de la douleur psychologique dans le domaine de la dépression et des comportements suicidaires. La bonne corrélation entre le BDI-II et l'EN-P constatée dans cette étude va donc dans le même sens que la littérature actuelle. Il est donc licite de penser que l'EN-P puisse avoir son importance dans l'évaluation des états dépressifs et/ou du risque suicidaire.

Dans le futur, de nouvelles études seront nécessaires pour conforter ces résultats et définir les applications d'une telle échelle. L'étude de populations spécifiques serait intéressante ; En particulier celles pour lesquelles un entretien psychiatrique ou des questionnaires plus long seraient difficiles (adolescents, barrière de la langue, patients atteints de déficience ou de pathologie mentale lourde). Ses caractéristiques d'emploi la rendent pratique dans le suivi des patients et dans le dépistage de syndrome dépressif ou de risque suicidaire en situations d'urgences. Cela en fait un outil de choix dans tous les lieux recevant du public potentiellement à risque : urgences générales, institution scolaire, prison, etc.

Il serait pertinent de réaliser une étude prospective sur des patients aux urgences générales, avec une évaluation systématique de la douleur psychologique à l'aide d'une EN-P. Selon le résultat, une orientation en consultation spécialisée (psychiatre, psychologue, infirmier de pratique avancé...) pourrait être proposée. Cela

devrait être accompagné d'un suivi pour évaluer les différents diagnostics établis ou non ainsi que le devenir des patients.

En conclusion, cette étude nous montre qu'une échelle numérique de douleur psychologique peut être un outil efficace dans l'évaluation rapide d'une souffrance psychologique associée à un risque suicidaire et/ou une pathologie dépressive.

Bibliographie

- [1] Jollant F, Olié E. La douleur psychologique. Douleur Analgésie 2017. <https://doi.org/10.1007/s11724-017-0505-4>.
- [2] Shneidman ES. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior. Jason Aronson; 1993.
- [3] Shneidman ES. The Suicidal Mind. Oxford University Press; 1998.
- [4] Ducasse D, Holden RR, Boyer L, Artéro S, Calati R, Guillaume S, et al. Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. J Clin Psychiatry 2018;79. <https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732>.
- [5] Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002. <https://doi.org/10.17226/10398>.
- [6] Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. Curr Psychiatry Rep 2018;20:33. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>.
- [7] Olié E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. J Affect Disord 2010;120:226–30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>.
- [8] Mee S, Bunney BG, Bunney WE, Hetrick W, Potkin SG, Reist C. Assessment of psychological pain in major depressive episodes. J Psychiatr Res 2011;45:1504–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011>.
- [9] Demirkol ME, Namlı Z, Tamam L. Psikolojik Acı. Psikiyatr Guncel Yaklasimler - Curr Approaches Psychiatry 2019;11:205–13. <https://doi.org/10.18863/pgy.444006>.
- [10] Mee S, Bunney BG, Reist C, Potkin SG, Bunney WE. Psychological pain: A review of evidence. J Psychiatr Res 2006;40:680–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.003>.
- [11] Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. Neural Plast 2017;2017:9724371. <https://doi.org/10.1155/2017/9724371>.
- [12] Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. Clin Interv Aging 2017;Volume 12:709–20. <https://doi.org/10.2147/CIA.S113576>.
- [13] Williams LS. Prevalence and impact of depression and pain in neurology outpatients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:1587–9. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.11.1587>.
- [14] Gaillard A. Douleur morale, douleur physique : mécanismes neurobiologiques et traitement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2014;172:104–7. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.01.015>.
- [15] Ketamine for Chronic Non-Cancer Pain: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines n.d.

- [16] AMM - ESKETAMINE JANSSEN 28 mg, solution pour pulvérisation nasale - ANSM n.d. <https://ansm.sante.fr/tableau-atu-rtu/esketamine-janssen-28-mg-solution-pour-pulverisation-nasale> (accessed June 15, 2021).
- [17] Laforgue E, Sauvaget A, Bulteau S, Vanelle J-M. Intérêts de la kétamine : de l'effet antidépresseur à l'effet anti-suicide ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2016;174:60–3. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.12.007>.
- [18] Price RB, Iosifescu DV, Murrough JW, Chang LC, Al Jurdi RK, Iqbal SZ, et al. EFFECTS OF KETAMINE ON EXPLICIT AND IMPLICIT SUICIDAL COGNITION: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL IN TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: Effects of ketamine on suicidality. *Depress Anxiety* 2014;31:335–43. <https://doi.org/10.1002/da.22253>.
- [19] Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, et al. The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2018;175:150–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040472>.
- [20] Kashani P, Yousefian S, Amini A, Heidari K, Younesian S. The Effect of Intravenous Ketamine in Suicidal Ideation of Emergency Department Patients n.d.:4.
- [21] Grunebaum MF, Galfalvy HC, Choo T-H, Keilp JG, Moitra VK, Parris MS, et al. Ketamine for Rapid Reduction of Suicidal Thoughts in Major Depression: A Midazolam-Controlled Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry* 2018;175:327–35. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17060647>.
- [22] De Maricourt P, Jay T, Goncalvès P, Lôo H, Gaillard R. Effet antidépresseur de la kétamine : revue de la littérature sur les mécanismes d'action de la kétamine. *L'Encéphale* 2014;40:48–55. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.09.002>.
- [23] Shneidman ES. The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat Behav* 1999;29:287–94.
- [24] Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport* 2001;33:224–32. <https://doi.org/10.1037/h0087144>.
- [25] Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental Pain: A Multidimensional Operationalization and Definition. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33:219–30. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>.
- [26] Tossani E. The concept of mental pain. *Psychother Psychosom* 2013;82:67–73. <https://doi.org/10.1159/000343003>.
- [27] Pachkowski MC, May AM, Tsai M, Klonsky ED. A Brief Measure of Unbearable Psychache. *Suicide Life Threat Behav* 2019;49:1721–34. <https://doi.org/10.1111/sltb.12556>.
- [28] Flenreiss-Frankl K, Fuchshuber J, Unterrainer HF. The Development of a Multidimensional Inventory for the Assessment of Mental Pain (FESSTE 30). *Front Psychol* 2021;12:656862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.656862>.
- [29] Atallah F, Guillerrou Y. L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale. *Ann Fr Anesth Réanimation* 2004;23:722–9. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2004.06.004>.

- [30] Serra E, Verfaillie F. Douleur et souffrance : de quelques aspects médicaux. *Éthique Santé* 2007;4:131–5. [https://doi.org/10.1016/S1765-4629\(07\)91428-2](https://doi.org/10.1016/S1765-4629(07)91428-2).
- [31] Franco I. Éthique et douleur : quelques réflexions. *Douleurs Eval - Diagn - Trait* 2008;9:237–9. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2008.08.001>.
- [32] Vanessa DB. L’histoire de la prise en charge globale de la douleur et le cas particulier en réanimation. 2016.
- [33] Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales: *Pain rating scales*. *J Clin Nurs* 2005;14:798–804. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x>.
- [34] Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, editors. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
- [35] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017;143:187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>.
- [36] Figure and facts about suicide. Department of mental health world health organization. Table 2,Page 10/122. 1999 n.d.
- [37] SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. Observatoire national du suicide. 2ème rapport Février 2016 n.d.
- [38] Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales. santepubliquefrance.fr. Mise à jour le 20 Mai 2019 n.d.
- [39] Courtet P, Olié E. La douleur sociale au centre des conduites suicidaires. *L’Encéphale* 2019;45:S7–12. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.005>.
- [40] Delacour H, Servonnet A, Perrot A, Vigezzi JF, Ramirez JM. La courbe ROC (receiver operating characteristic) : principes et principales applications en biologie clinique. *Ann Biol Clin* 2005;63:10.

Annexes

Annexe 1 (Beck Depression Inventory 2 ème version) :

Nom: _____

Date: _____

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: _____

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: _____

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: _____

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

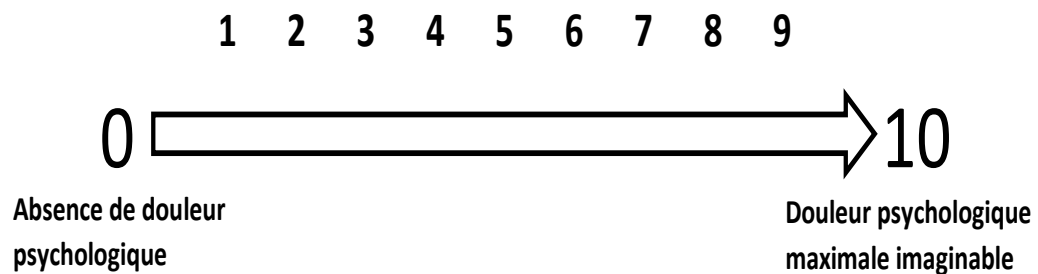
Annexe 2 (Echelle numérique de douleur Psychologique)

Nom :

Date :

Echelle Numérique de douleur psychologique

Sur cette échelle cotée de 0 à 10, entourez le chiffre qui vous semble correspondre le mieux à votre état au cours des deux dernières semaines



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : PARIS DENIS

SUJET DE LA THESE :

**PLACE DE L'ECHELLE NUMERIQUE DANS L'EVALUATION DE LA DOULEUR
PSYCHOLOGIQUE**

THESE : MEDECINE

Qualification :

Médecine Spécialisée

ANNEE : 2021

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2021ANTI0676

MOTS CLEFS : Douleur psychologique – psychiatrie – dépression – risque suicidaire – suicide – échelle numérique – évaluation

Introduction : La douleur psychologique est une notion qui apparait centrale dans les états dépressifs et le risque suicidaire. Son évaluation en pratique clinique est pour le moment complexe.

Nous avons fait l'hypothèse que l'échelle numérique utilisée dans la douleur physique peut être extrapolée à la douleur psychologique.

Matériels et méthodes : Pour tester cette hypothèse, nous avons comparé chez 44 patients le résultat de l'Inventaire de Dépression de Beck version 2 (BDI-II) et de l'échelle numérique de douleur psychologique (EN-P).

Résultats : Nous avons observé une excellente corrélation entre le BDI-II et l'EN-P. L'item « pensées ou désir de suicide » du BDI-II avait une forte association statistique avec l'EN-P.

Discussion : Les résultats observés sont concordants avec les résultats des autres études dans le domaine de la douleur psychologique. Le rapprochement entre douleur physique et psychologique ne fait plus de doute. Les résultats de cette étude montrent que des outils efficaces et pratiques peuvent être mis en place afin d'améliorer la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale.

Conclusion : Une échelle numérique de douleur psychologique pourrait donc être un outil fiable et facile à mettre en œuvre dans le cadre du dépistage des états dépressifs et du risque suicidaire.

JURY : Président : Pr. JEHEL Louis

Juges : Pr Mathieu NACHER

: Dr Jean-Marc JEREMIE