

Développement d'un questionnaire évaluant la modification des prises alimentaires lors de douleurs chroniques

Travail de Bachelor

Gurba France
N° matricule : 12655056

Kaufmann Sophie
N° matricule : 7927767

Directeur de TBSc : Reinert Raphaël – Diététicien diplômé HES, Chargé
d'enseignement HES, Haute école de santé, filière Nutrition et
diététique, rue des caroubiers 25, 1227 Carouge.
raphaël.reinert@hesge.ch, 022/388 34 59

Membres du jury : Pichard Claude – Professeur de Nutrition et Médecin-responsable
de l'unité de Nutrition aux Hôpitaux Universitaires de Genève,
boulevard de la cluse 87, 1205 Genève.
claude.pichard@hcuge.ch, 022/372.93.49

Genève, 31 juillet 2015



Table des matières

Remerciements	5
Glossaire	6
Résumé	7
Introduction	8
Cadre de référence	9
La douleur chronique	9
Les prises alimentaires	18
Méthode	23
But	23
Hypothèses	23
Questions de recherche	23
Objectifs	23
Design de l'étude	25
Déroulement général	25
Population étudiée	26
Recueil de données	27
Résultats	29
Analyse qualitative	32
Ebauche de questionnaire	38
Discussion	40
Réponses aux questions de recherche	40
Risque d'obésité en lien avec la douleur physique chronique	40
Risque de dénutrition en lien avec la douleur physique chronique	43
Biais	44
Limites	45
Facteurs de confusion	45
Points forts	46
Conclusion	47
Perspectives	48
Auto-évaluation	49
Savoir	49
Savoir être	49
Savoir faire	49
Références Bibliographique	50
Annexes	55
Annexe 1 : analyse de l'entretien exploratoire	55

Annexe 2 : Echelle visuelle analogique.....	58
Annexe 3 : Echelle numérique	59
Annexe 4 : Echelle verbale simple	60
Annexe 5 : Schéma corporel des zones douloureuses.....	61
Annexe 6 : Questionnaire Mac Gill Pain Questionnaire (MPG)	62
Annexe 7 : Questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA)	63
Annexe 8 : Echelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADS).....	64
Annexe 9 : Carnet d'évaluation de la douleur.....	65
Annexe 10 : Guide explicatif destiné au praticien.....	68
Annexe 11 : Questionnaire DN4	69
Annexe 12 : Questionnaire Fibromyalgia Rapid Screening Tool	70
Annexe 13 : Calendrier du projet de recherche.....	71
Annexe 14 : Demande de consentement	73
Annexe 15 : BITE.....	74
Annexe 16 : Evolution de la trame d'entretien semi-dirigé.....	75
Annexe 17 : Evolution de l'ébauche de questionnaire	87
Annexe 18 : Evolution de la grille d'analyse de l'entretien semi-dirigé.....	106
Annexe 19 : Données quantitatives.....	109
Annexe 20 : Vue d'ensemble des résultats	113
Annexe 21 : Questionnaire à validité faciale	115

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur-trice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul-e-s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Le 19 juillet 2015

GURBA France

KAUFMANN Sophie

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce travail.

Merci à Monsieur Raphaël Reinert, notre directeur de travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son soutien et sa précieuse collaboration tout au long de la réalisation du projet de recherche.

Merci aux personnes qui ont accepté d'être interviewées et de partager leurs expériences personnelles pour le temps qu'elles nous ont accordé et pour leurs témoignages par rapport à la thématique de travail.

Merci à la responsable du Centre de documentation de l'hôpital de Pourtalès à Neuchâtel, pour son investissement et son accompagnement dans nos recherches sur les différentes bases de données scientifiques.

Merci à Madame Maude Fringeli, Madame Maude Studer et Madame Coralie Zermatten, nos relectrices de travail de Bachelor, pour le temps qu'elles ont investi dans la correction de ce travail et pour leurs commentaires pertinents.

Merci à nos proches et à nos familles pour leur soutien tout au long de l'élaboration du travail de Bachelor.

Glossaire

Allogène : Maintenant ou provoquant la douleur.

Allodynie : Déclenchement de la douleur par un stimulus normalement anodin.

Palatable : Se dit d'un aliment qui procure une sensation agréable lors de sa consommation.

Paroxystique : Se manifestant de manière sévère, aigu, extrême.

Tic douloureux : Désordre neurologique du trijumeau (névralgie faciale).

Malnutrition : État nutritionnel qui s'écarte de la normale définie par les physiologistes et qui est la conséquence d'une alimentation mal équilibrée en quantité et/ou en qualité. (Les malnutritions regroupent la sous-alimentation, la suralimentation, la mauvaise assimilation.)

Nutrition artificielle : Comprenant les suppléments nutritifs oraux, la nutrition entérale et la nutrition parentérale.

Résumé

Introduction

La douleur chronique influence les aspects sociaux et les activités de la vie quotidienne. Son impact sur les prises alimentaires est présumé, mais il existe peu d'évidences scientifiques. Au long terme, une modification des prises alimentaires peut engendrer un état de malnutrition, conséquence d'une alimentation déséquilibrée en quantité et/ou en qualité.

Buts

Investiguer l'influence de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires chez les adultes de 18 à 65 ans et développer un questionnaire auto-administré visant à évaluer l'impact de la douleur sur les prises alimentaires pour les experts de la nutrition.

Méthode

Une revue de littérature est effectuée pour recenser les éléments de la vie quotidienne étant modifiés par la douleur physique chronique et ayant un impact potentiel sur les prises alimentaires. Une ébauche de questionnaire et une trame d'entretien semi-dirigé sont créées selon ces éléments. Les contenus des entretiens qualitatifs menés auprès d'un échantillon de convenance sont analysés. Le questionnaire à validité faciale et la trame d'entretien sont ajustés après chaque entretien.

Résultats

Revue de littérature : Trois articles sont sélectionnés. Lors de douleur physique chronique, la quantité d'aliments (chocolat) consommée est plus grande, la satiété est moins perçue et le plaisir lié aux aliments ainsi que les aversions alimentaires sont intensifiés.

Analyse qualitative : Il est ressorti que lorsque la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), moins l'envie de manger est présente (n=5), la sensation de faim est diminuée, voir coupée (n=4), la quantité d'aliments consommés diminue de moitié ou complètement (n=3) et le plaisir lors des prises alimentaires diminue ou est absent (n=2).

Les personnes ayant une douleur physique chronique recherchent du plaisir à travers les prises alimentaires (n=2) et ont des insomnies qui favorisent les grignotages (n=3). Elle déclenche des émotions provoquant la consommation d'aliments « réconfort » (n=3) et diminue la capacité à effectuer de l'activité physique, provoquant un contrôle du poids (n=3), et une restriction cognitive (n=2). Des régimes proposés par l'entourage des sujets (n=5) sont suivis dans le but de diminuer la douleur physique chronique.

Questionnaire à validité faciale comprenant 2 parties :

- « Douleur », construite selon les résultats de la revue de littérature
- « Prises alimentaires », élaborée selon les résultats de la revue de littérature et de l'analyse qualitative.

L'étude comporte un biais de sélection lié à la méthode d'échantillonnage, un biais de mémoire lié aux sujets et des biais liés à la relation entre l'interviewer et le sujet.

Conclusion

Les résultats de cette étude indiquent le besoin d'études à large échelle et de niveau de preuve élevé. Les personnes souffrant de douleur physique chronique sont à risque de malnutrition, et des évidences scientifiques permettraient d'améliorer la prise en charge nutritionnelle.

Mots-clés

Douleur ; douleurs chroniques ; malnutrition ; dénutrition ; obésité ; ingesta ; apports alimentaires ; prises alimentaires ; questionnaire

Introduction

Est-ce que la douleur influence l'appétit? Cette question semble simple, tout le monde pourrait y répondre en se basant sur ses propres expériences. Pourtant, elle révèle des éléments complexes. Selon les experts de l'International Association for the Study of Pain (IASP), la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de telles lésions » (1) (traduction libre). Cette définition ne prend pas en compte l'aspect subjectif de l'expérience douloureuse. Selon C. Jousselein, « chacun vit et éprouve différemment l'expérience désagréable de la douleur en fonction de son histoire et de son éducation. Sensations et émotions sont des reconstitutions à chaque fois singulières et subjectives » (2). La douleur a donc indéniablement une dimension subjective.

Il est difficile de différencier la souffrance de la douleur. Dans l'inconscient collectif, la souffrance correspond plutôt à un mal être d'ordre psychique tandis que la douleur à une atteinte physique. Investiguer la douleur psychique englobe un bon nombre d'aspects et cela devient compliqué à délimiter. Les critères pour identifier ce type de douleur au sein de la population semblent flous et créer un échantillon de convenance paraît délicat.

La douleur physique chronique est l'objet d'investigation de la présente étude, car les effets de la douleur aiguë sur les prises alimentaires et l'état de malnutrition sont de courte durée.

Les termes « appétit » ou « envie de manger », qui sont directement en lien avec le domaine d'expertise des professionnels de la nutrition, sont subjectifs et trop précis par rapport aux investigations de l'étude. Le projet de recherche s'orientera sur les prises alimentaires, élément plus objectif qui est influencé par l'appétit, mais également par d'autres facteurs. De plus, les prises alimentaires quotidiennes comprennent l'équilibre alimentaire (qualité) ainsi que l'apport énergétique journalier (quantité). Ce dernier, avec les dépenses énergétiques (métabolisme de repos et activité physique) permet de définir si la balance énergétique est positive, neutre ou négative. La balance énergétique et l'équilibre alimentaire sont des éléments qui déterminent l'état nutritionnel.

Selon l'entretien exploratoire avec un médecin anesthésiste et hypnothérapeute (annexe 1), il existe peu d'évidences au sujet de l'impact de la douleur sur la prise alimentaire. Lors des recherches exploratoires, les professionnels de la santé ont manifesté beaucoup d'intérêt et de questions par rapport à cette thématique.

En cherchant comment orienter l'étude, le besoin d'apporter des réponses aux professionnels de la nutrition par rapport à l'influence de la douleur sur les prises alimentaires a été perçu. C'est pourquoi l'impact de la douleur sur les prises alimentaires est investigué plus précisément. La recherche permet de créer un questionnaire (auto-administré) à validité faciale visant une évaluation de l'impact de la douleur sur les prises alimentaires. Par ailleurs, les résultats sont bénéfiques dans la pratique des experts de la nutrition. Ils sont définis et deviennent ainsi concrets.

Cadre de référence

La douleur chronique

Définition de la douleur

Selon l'IASP (1), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de telles lésions (traduction libre). Cette définition révèle la complexité de la douleur autant que sa subjectivité et suscite des discussions aux enjeux philosophiques. Selon Melzack (3), la douleur a trois composantes :

- sensori-discriminative, correspondant à la topographie, à la durée, à l'intensité et à la qualité de l'information douloureuse ;
- cognitive, représentant l'ensemble des déterminants qui modulent la perception de la douleur (mémorisation, interprétations, expériences personnelles, anticipations, etc.) ;
- affectivo-émotionnelle, ayant une grande influence sur le ressenti désagréable de l'expérience douloureuse.

Ces affects sont à l'origine des comportements spontanés afin de contourner la douleur et évoluent vers la dépression ou l'anxiété lorsque la douleur devient chronique.

Description des différents mécanismes physiopathologiques de la douleur

La douleur peut survenir de manière aiguë et fonctionner comme un message d'alerte devant une agression. Il existe également les douleurs chroniques, syndrome à part entière (douleur maladie) et apparaissant dans des conditions pathologiques. Elles sont créées par différents mécanismes neurophysiologiques (4). Ces derniers sont la douleur engendrée par une stimulation des nocicepteurs (excessive ou non), la douleur neuropathique comprenant une lésion du système nerveux, la douleur psychogène liée à une pathologie psychiatrique et la douleur d'origine idiopathique si aucune lésion organique ou cause psychogène n'a été identifiée (5).

La douleur nociceptive

Le système nerveux est divisé en deux parties ; à savoir le système nerveux central (SNC) et le système nerveux périphériques (SNP), qui est composé d'une partie motrice (efférente) et d'une partie sensitive (afférente). Les récepteurs sensoriels présents dans la plupart des tissus biologiques ont pour fonction de réagir aux modifications environnementales (stimulus). Cela enclenche des potentiels d'action dans les fibres nerveuses afférentes et permet la transmission de l'influx nerveux au système nerveux central. La sensation est la conscience du stimulus et la perception est l'interprétation du stimulus (6).

La perception de la douleur provient de la nociception. Elle fonctionne comme un système d'alarme envers des changements environnementaux potentiellement nuisibles. Afin de protéger l'organisme, elle engendre des réponses comportementales et réflexes dont l'objectif est de supprimer la stimulation et d'en limiter les conséquences (4).

Les nocicepteurs réagissent à des signaux potentiellement nuisibles tels que la chaleur excessive, le froid extrême, la pression intense et les médiateurs chimiques de l'inflammation. Les nocicepteurs sont présents dans la peau, les viscères et les muscles. Il existe différentes catégories de nocicepteurs qui réagissent selon le type de stimulus (6).

Il existe plusieurs sortes de fibres nerveuses. Les fibres somesthésiques, qui sont responsables des stimuli mécaniques non douloureux, sont myélinisées et ont une vitesse de conduction très élevée (fibres A β et A α). Les fibres nociceptives ont une vitesse de conduction

assez lentes, car elles sont peu myélinisées ou pas myélinisées. Il existe différentes sortes de fibres (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des différentes fibres

<i>Type de fibres nociceptives</i>	<i>Caractéristiques</i>	<i>Type de stimulation</i>
fibres du groupe A δ	- fines et myélinisées - vitesse de conduction lente	- mécanique à intensité extrême - mécanique à forte intensité et thermique
fibres du groupe C	- très fines et non myélinisées - vitesse de conduction très lente	- chimique - thermique - mécanique

La stimulation douloureuse provoque l'activation des fibres nerveuses A δ . Cela engendre une douleur rapide et bien localisée, nommée « douleur primaire ». Si l'intensité de la stimulation augmente, les fibres C sont activées. Elles sont responsables des douleurs tardives et diffuses, appelées « douleurs secondaires ». Les deux types de fibres peuvent coder l'intensité des stimuli appliqués. Autrement dit, leur réponse s'accroît en fonction de l'intensité de la stimulation (7).

Les fibres afférentes nociceptives ont leur corps cellulaires dans les ganglions spinaux. Elles atteignent la moelle épinière, où les fibres font synapse avec les neurones de la corne dorsale. L'influx nerveux des fibres déclenche la libération de neuromédiateurs dans la fente synaptique (7). On distingue deux systèmes anatomiques différents empruntés par les neurones nocicepteurs : une voie latérale et une voie médiane. La voie latérale se projette sur le cortex pariétal somesthésique, qui intègrent l'aspect sensoriel conscient de la douleur ainsi que la capacité d'analyser différentes caractéristiques de la douleur (nature, durée, localisation). « La voie médiane, qui se projette sur le cortex pré-frontal, les structures limbiques, l'hypothalamus et le striatum, (...) mettent en jeu des comportements d'éveil et de défense. Ils sont à l'origine des composantes cognitives, affectives et neurovégétatives de la sensation douloureuse » (4). Il s'agit de la peur, la sensation désagréable ou l'anxiété liée à l'expérience douloureuse. Cette distribution de l'information nerveuse sur ces différentes structures explique les différentes réponses aux stimuli douloureux. La douleur a indéniablement une dimension subjective, car une différence a été observée entre l'intensité objective d'un stimulus douloureux et l'interprétation de sa répercussion.

La modulation de la douleur se fait à plusieurs niveaux : périphérique, segmentaire, bulbo-spinal et du cortex cérébral (7). « L'activité des circuits empruntés par les messages douloureux est en permanence modulée et contrôlée par différents systèmes intrinsèques dans le but d'inhiber la douleur » (4).

Les douleurs par excès de stimulation nociceptive (mécanisme physiopathologique) résident en une excitation des nocicepteurs, sans lésion anatomique du nerf, conduisant la sensation douloureuse. C'est ce mécanisme qui est à l'origine des douleurs d'inflammation chronique, car il a pour effet d'auto-entretenir la douleur. Après un stimulus douloureux, peu importe son origine (trauma, infection, brûlure,...), la stimulation de la zone lésée est perçue comme étant plus douloureuse que d'habitude. Il s'agit d'un phénomène appelé hyperalgie. Ceci provient d'un changement de sensibilité des nocicepteurs périphériques et/ou de leurs cibles neuroniques centrales. Deux types de sensibilisation sont répertoriés: périphérique et centrale. Lors d'une lésion tissulaire et de son inflammation, l'exsudat sécrété libère des substances

(protons, histamine, sérotonine, bradykinine, etc.) algogènes. Elles interagissent avec les nocicepteurs et potentialisent leurs réponses. Il s'agit de la sensibilisation périphérique. L'amplification de l'excitabilité des neurones de la corne dorsale de la moelle, dépendant du haut niveau d'activité des afférences nociceptives, est la sensibilisation centrale (4 ; 7 ; 8).

La douleur neuropathique

Il s'agit d'une « douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux » (1). Cette lésion primitive peut être périphérique (nerfs, racines, ganglions sensitifs et plexus) ou centrale (moelle épinière et cerveau). Cette définition a été critiquée, car le terme « dysfonctionnement » est peu précis. Une autre définition de la douleur neuropathique est proposée mais n'est pas encore validée. Il s'agit de « douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somatosensoriel ». L'appellation « douleur neuropathique » est officiellement en vigueur depuis 1994, selon l'IASP, et remplace les termes de « douleur de désafférentation » ainsi que « douleur neurogène », dont les définitions sont actuellement obsolètes. Le terme de névralgie, « douleur présente dans le territoire de distribution d'un ou plusieurs nerfs », est encore employé après certaines lésions nerveuses périphériques (9). Les douleurs neuropathiques possèdent des caractéristiques cliniques spécifiques. Elles demeurent principalement dans des régions cutanées où la sensibilité est diminuée (hypothésie douloureuse) ou supprimée (anesthésie douloureuse). Le mécanisme physiopathologique correspondrait à un déséquilibre entre les influences des fibres afférentes inhibitrices et excitatrices au profit des fibres afférentes excitatrices (4).

La douleur psychogène

La plupart du temps, elle provient d'une addition des phénomènes psychologiques d'amplification de la douleur et d'une épine irritative périphérique. La douleur psychogène est mentionnée lorsque l'examen clinique du patient est normal, la sémiologie douloureuse est atypique, les investigations complémentaires négatives et lorsqu'un bilan psychopathologique significatif la confirme (4).

Traitement de la douleur

Il existe plusieurs éléments à prendre en considération pour prescrire un traitement contre la douleur : les traitements actuels (y compris automédication), le mécanisme à l'origine de la douleur (nociceptive ou neuropathique), les caractéristiques de la douleur (étiologie, topographie, intensité et durée), ainsi que données psychosociales et médicales du patient.

Les traitements contre la douleur nociceptive sont :

- les antalgiques périphériques non opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires non-stéroïdiens) ;
- les antalgiques opioïdes faibles (codéine) dont les effets indésirables sont constipation et baisse de vigilance ;
- les opioïdes forts (morphine) dont les effets indésirables sont myosis, somnolence, nausées et constipation ;
- les anesthésiques locaux ;
- l'inhalation d'un mélange gazeux ayant un effet antalgique et anxiolytique (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote). L'association d'antalgiques peut être judicieuse ou contre indiquée.

La douleur nociceptive est traitée en fonction de son intensité. Une douleur d'intensité légère est traitée avec des antalgiques périphériques (niveau 1). Les opioïdes faibles (niveau 2) sont utilisés pour traiter une douleur d'intensité modérée. Les opioïdes forts (niveau 3) sont prescrits pour la douleur d'intensité sévère. L'adaptation posologique intervient rapidement

selon l'efficacité ou les effets indésirables du traitement. La douleur neuropathique est traitée en première intention avec des antidépresseurs et antiépileptiques, dont les effets indésirables sont nausées, vomissements, somnolences. Il est essentiel d'en tenir compte pour ajuster la posologie (10).

Le traitement de la douleur psychogène n'est pas spécifique. Il correspond à la prescription d'antidépresseurs, anxiolytiques ainsi que la pratique de techniques psychologiques (relaxation, hypnothérapie, psychothérapie) (4).

Il existe des moyens non pharmacologiques pour traiter la douleur. Les traitements physiques tels que massage, physiothérapie, kinésithérapie, physiothérapie, contention, balnéothérapie, éducation posturale et gestuelle peuvent être utilisés. Des méthodes psychocorporelles ou comportementales, qui consistent à apprendre à diminuer le stress et l'anxiété grâce à des techniques de relaxation, ce qui permet de diminuer la perception de la douleur, peuvent être utilisées. Certains patients ont recours à des médecines complémentaires, telles que l'acupuncture, l'ostéopathie, la mésothérapie et l'homéopathie et observent une certaine efficacité, bien que les résultats ne soient pas basés sur des évidences scientifiques. La neurostimulation transcutanée, qui consiste à appliquer sur la zone douloureuse un courant électrique d'intensité faible, engendre une sensation non douloureuse chez le patient. Il s'agit d'un stimulus tactile superficiel qui entrave la transmission de la douleur. L'hypnose est une méthode de traitement de la douleur. Elle induit un changement de l'état de conscience du patient, qui déconnecte avec son environnement. La prise en charge consiste à proposer des images agréables et de confort au patient dans le but de calmer la douleur (10).

Définition de la douleur chronique

Selon la classification de la douleur chronique de l'IASP (11), la douleur chronique est considérée comme une douleur qui persévère au-delà du temps habituel de guérison. Celui qui est défini arbitrairement de trois mois pour le domaine clinique et de six mois pour la recherche. Cette délimitation n'est pas justifiée par des marqueurs biologiques, psychologiques ou sociaux. Elle provient vraisemblablement d'un consensus d'experts. De multiples facteurs peuvent avoir un impact dans la transition d'une douleur aiguë à une douleur chronique. La recherche a récemment identifié des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux. La temporalité est un axe qui semble insuffisant pour définir la douleur chronique. Selon Von Korff et Dunn (12), la douleur chronique est « une probabilité d'une douleur cliniquement significative dans un futur prévisible » (13). Afin de prédire la probabilité de la persistance d'une douleur (céphalées, lombalgies et douleurs de la face), un score a été créé à l'aide de différents facteurs de risque : topographie, intensité de la douleur, et ses retentissements sur l'humeur et l'activité. Les résultats démontrent que le score est un outil plus performant que la durée réelle de la douleur. Surtout pour le pronostic du taux d'activités physique et professionnelle à six mois, ainsi que l'utilisation d'opioïdes à plus long terme. L'étude démontre que la douleur chronique n'est pas un état permanent, mais qu'il s'agit d'une probabilité d'évolution, d'une transition dynamique et réversible liée à différents facteurs de risques.

Selon la Société Suisse pour l'étude de la douleur (SSED), les douleurs chroniques sont « des phénomènes qui durent (plus de 3 mois) et sont récurrents. Elles peuvent refléter l'altération durable d'un organe, mais généralement la douleur est due à un dommage initial sous-jacent entraînant, sur le long terme, des modifications physiologiques et psychiques du ressenti de la douleur. Les douleurs chroniques peuvent constituer une maladie en soi. » (14). L'hypothèse sur la pathogenèse d'une hypersensibilité à la douleur, suivant une inflammation ou une stimulation nociceptive répétée, a évolué. Auparavant, les experts pensaient que les changements responsables de la douleur chronique avaient lieu uniquement au niveau du

système nerveux périphérique (abaissement du seuil d'excitation des récepteurs nociceptifs ou sensibilisation des chémoneurocepteurs). L'hypothèse actuelle se rapporte à des structures du système nerveux central et périphérique jouent également un rôle dans le développement et le maintien du processus de sensibilisation. Ce qui peut engendrer une douleur chronique (14).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la douleur chronique est « un syndrome multidimensionnel exprimé par la personne qui en est atteinte. Il y a douleur chronique, quelque soient sa topographie et son intensité lorsque la douleur présente l'une des caractéristiques suivantes :

- Persistance ou récurrence, qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- Réponse insuffisante au traitement ;
- Détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail » (15).

Classification de la douleur chronique

Selon Merskey(11), les douleurs chroniques sont classées selon cinq axes : la région anatomique, le système d'organes concerné, les caractéristiques temporelles, l'intensité, le temps depuis le début de la douleur et l'étiologie (traduction libre). Ces cinq axes sont divisés en plusieurs catégories, chacune codée différemment.

1^{er} axe : En fonction de la région corporelle concernée par la douleur

- Tête, visage et bouche : 000
- Région cervicale : 100
- Épaules et membres supérieurs : 200
- Région thoracique : 300
- Région abdominale : 400
- Bas du dos, colonne vertébrale lombaire, sacrum et coccyx : 500
- Membres inférieurs : 600
- Région pelvienne : 700
- Région anale, périanale et génitale : 800
- Supérieur à trois sites majeurs : 900

2^{ème} axe : En fonction du système défectueux qui est à l'origine de la douleur

- Système nerveux (central, périphérique et autonome) et sens : 00
- Système nerveux (psychologique et social) : 10
- Système cardiovasculaire et respiratoire : 20
- Système musculo-squelettique et tissu conjonctif : 30
- Système tégumentaire et glandes associées (mammaires, apocrines, etc.) : 40
- Système gastro-intestinal : 50
- Système génitale et voies urinaires : 60
- Autres organes et viscères (thyroïde, lymphatique, hématopoïétique) : 70
- Plus d'un système atteint : 80
- Origine inconnue : 90

3^{ème} axe : En fonction des caractéristiques de la douleur (régularité, continuité, fluctuation et durée)

- Non enregistrée, non applicable ou inconnue : 0
- Épisode isolé, durée limitée (ex : rupture d'anévrisme, entorse à la cheville) : 1
- Continue ou quasi continue sans fluctuation (exemple : certains cas de lombalgies) : 2
- Continue ou quasi continue avec de sévères fluctuations (exemple : rupture d'un disque intervertébral)
- Episodes récurrents et irréguliers (exemple : maux de tête de type mixte) : 4
- Episodes récurrentes et réguliers (exemple : douleurs prémenstruelles) : 5
- Paroxystique* (exemple : tic douloureux*) : 6
- Soutenue avec des paroxysmes superposés : 7
- Autres combinaisons : 8
- Aucune des neuf caractéristiques ci-dessus : 9

4^{ème} axe : En fonction de l'intensité de la douleur selon la déclaration du patient et du temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux

- Non enregistrée, non applicable ou inconnue : 0,0
- Légère
 - Un mois ou inférieur à un mois : 0,1
- Moyenne
 - Un mois à six mois : 0,2
 - Supérieur à six mois : 0,3
 - Un mois ou inférieur à un mois : 0,4
- Sévère
 - Un mois à six mois : 0,5
 - Supérieur à six mois : 0,6
 - Un mois ou inférieur à un mois : 0,7
 - Un mois à six mois : 0,8
 - Supérieur à six mois : 0,9

5^{ème} axe : En fonction de l'étiologie de la douleur

- Désordre génétique ou congénital : 0,01
- Trauma, opération ou brûlure : 0,02
- Origine infectieuse ou parasitaire : 0,03
- Inflammatoire (avec aucun agent infectieux connu), réactions immunitaires : 0,03
- Tumeur : 0,04
- Origine toxique ou métabolique (exemples : neuropathie alcoolique, anoxie, endocrinienne, rayonnement, etc.) : 0,05
- Dégénérative, mécanique (exemple : ponction lombaire) : 0,06
- Dysfonctionnelle (y compris psychophysiologique) : 0,07
- Inconnue ou autre : 0,08
- Origine psychologique (exemple : hallucination dépressive) : 0,09

Conséquences de la douleur chronique

La douleur chronique peut avoir une influence sur plusieurs aspects de la vie (sociale et physique) du patient :

- Les loisirs ;
- L'humeur, l'affect et l'anxiété ;
- Les relations sociales ;
- La profession, l'emploi ;

- Le sommeil ;
- L'exercice physique et l'activité physique ;
- Les activités de la vie quotidienne (faire la toilette, s'habiller, utiliser les WC, se déplacer/marcher, faire les courses, utiliser les transports, cuisiner, effectuer les tâches ménagères, gérer les finances et les médicaments) (traduction libre) (16).

Evaluation de la douleur

Selon la HAS (15), l'évaluation complète de la douleur a lieu après avoir identifié le patient ayant un syndrome douloureux chronique. Il est essentiel de connaître les antécédents médicaux, chirurgicaux, personnels et familiaux du patient. Une évaluation complète comprend :

- Un bilan permettant de déterminer les caractéristiques de la douleur telles que : les conditions et circonstances de survenue, la localisation sur le corps, l'intensité, les éléments déclenchant ou soulageant la douleur, la durée et la fluctuation dans le temps, et si le mécanisme physiopathologique en lien est nociceptif et neuropathique. Ce bilan se réalise soit avec un entretien comprenant une partie semi-dirigée soit à l'aide d'outils ou questionnaires validés ainsi qu'un examen clinique. Des examens complémentaires sont réalisés si besoin ;
- Une auto-évaluation de l'intensité de la douleur. Si la participation du patient s'avère impossible, une hétéro-évaluation adaptée est effectuée ;
- Une évaluation du retentissement social, scolaire ou professionnel et économique de la douleur chronique ;
- L'analyse des résultats des traitements précédents (qu'ils soient médicamenteux ou non) ;
- Une recherche systématique de troubles dépressifs et anxieux ou des manifestations psychopathologiques induits ou associés à la douleur ;
- Une recherche des croyances et interprétations du patient au sujet de sa douleur, de ses causes, de ses conséquences et de ses traitements, qui seraient différentes que celles du médecin. Cette différence peut avoir un impact sur l'intensité de la douleur et les effets du traitement.

Il est conseillé de suivre l'évolution de la douleur dans le temps à intervalle régulier, si elle persiste malgré la prise en charge thérapeutique. Pour ce faire, les échelles d'évaluation de la douleur chronique ou d'autres outils validés spécifiques à la pathologie concernée peuvent être utilisés comme repères.

L'institut UPSA de la douleur (17) met à disposition plusieurs échelles et outils pour évaluer la douleur destinés à l'adulte, selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANSES) (5) :

- L'échelle visuelle analogique (annexe 2), qui est représentée par une ligne horizontale qui se trouve entre les annotations « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Cette ligne s'utilise comme un thermomètre de la douleur ; ce qui permet d'évaluer son intensité. Le patient déplace le curseur entre les deux annotations afin qu'il corresponde au niveau de douleur ressenti au moment présent. Le score de la douleur (de 0 à 10) s'affiche sur le recto de l'échelle pour le professionnel de la santé.
- L'échelle numérique (annexe 3) permet au patient d'évaluer l'intensité de sa douleur en lui attribuant une note entre 0 et 10. La note 0 correspond à « douleur absente » et la note 10 correspond à « douleur maximale imaginable ».
- L'échelle verbale simple (annexe 4), est composée de trois axes d'évaluation de l'intensité de la douleur ; la douleur au moment présent, la douleur habituelle depuis

les 8 derniers jours et la douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours. A chaque axe, cinq adjectifs sont proposés pour décrire l'intensité (absente, faible, modérée, intense, extrêmement intense). Un score (de 0 à 5) correspondant aux adjectifs peut être attribué. 0 étant égal à absent et 5 correspondant à extrêmement intense.

- Le schéma corporel des zones douloureuses (annexe 5), qui représente un corps humain de face et de dos. Il s'agit de hachurer la zone douloureuse habituelle depuis les 8 derniers jours. Afin de préciser si la douleur est profonde ou en surface, un « P » ou un « S » peut être inscrit sur la zone hachurée. Un « I » peut être également noté sur la zone douloureuse la plus intense.
- Le questionnaire Mac Gill Pain Questionnaire (MPG) (annexe 6) permet d'effectuer une évaluation quantitative, qualitative et multidimensionnelle de la douleur. Il est constitué d'adjectifs cités par les patients permettant de décrire l'expérience douloureuse. Ces termes ont été sélectionnés par des malades et des médecins. Ils ont été regroupés en quatre catégories (sensorielle ou sensitivo-discriminative, affective ou affectivo-émotionnelle, cognitive et autres termes qui n'ont pas trouvé leur place dans les classifications précédentes) et vingt sous-catégories. Le patient doit sélectionner un terme dans chaque sous-catégorie correspondant à sa douleur. Les adjectifs sont classés par ordre de gravité croissante. Un score est établi en fonction des différentes catégories et la somme de tous les scores est l'index d'évaluation de la douleur. Ce questionnaire est validé dans un grand nombre d'études cliniques.
- Le questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA) (annexe 7), est constitué d'une liste d'adjectifs qui a été traduit du Mac Gill Pain Questionnaire par François Boureau. Il permet d'effectuer une évaluation quantitative et qualitative des composantes sensorielle et affective de la douleur. Cet outil est destiné aux patients atteints de douleurs chroniques, et s'utilise à intervalles plus espacées que les échelles d'évaluation d'intensité de la douleur.
- L'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) (annexe 8) est un outil qui permet d'évaluer l'état émotionnel du patient, axe incontournable dans l'évaluation de la douleur. Le patient doit cocher la réponse qui correspond le mieux à ce qu'il a ressenti au cours des huit derniers jours.
- Le carnet d'évaluation de la douleur (annexe 9) est un outil d'auto-évaluation qui peut être utilisé pour l'évaluation de la douleur chronique en consultation. Il a été construit selon les recommandations de l'ANAES (5). Il existe un guide explicatif destiné au praticien pour qu'il l'utilise judicieusement en consultation (annexe 10). Ce carnet est composé de plusieurs axes d'évaluation. Il contient le schéma corporel des zones douloureuses pour la région corporelle concernée, l'échelle verbale simple pour l'intensité de la douleur, une version abrégée du QDSA pour préciser la description de la douleur, l'échelle multidimensionnelle (sous-échelle 23 du QCD) pour l'évaluation de l'impact de la douleur sur le comportement quotidien, et l'échelle HAD pour l'axe émotionnel.
- Il existe également des questionnaires de dépistage de certains types de douleur. Le questionnaire DN4 (annexe 11), est un outil de dépistage des douleurs neuropathiques, et le questionnaire First (Fibromyalgia Rapid Screening Tool) (annexe 12) est un outil de dépistage de la fibromyalgie.

Epidémiologie

En Suisse, la prévalence de la douleur chronique est de 16 % (18) Selon une enquête sur la douleur chronique en Europe (19), 19% des personnes interviewées ressentent des douleurs depuis au moins 6 mois, avaient eu un épisode douloureux le mois dernier et avaient eu mal à plusieurs reprises la semaine précédant l'entretien. 66% des participants avaient des douleurs chroniques d'intensité modérée (notée de 5 à 7 sur une échelle de la douleur graduée

de 1 à 10) ; 34% avaient des douleurs chroniques d'intensité sévère (notée de 8 à 10). 46% avaient des douleurs constantes et 54% avaient des douleurs intermittentes. 59% souffraient de douleurs durant une période de 2 à 15 ans. Une dépression en lien avec la douleur a été diagnostiquée chez 21% des participants. 61% étaient incapables ou alors moins capables de travailler hors domicile, 19% avaient perdu leur emploi et 13% avaient changé d'activité professionnelle en raison de la douleur. 60% des participants avaient consultés leur médecin durant les six mois précédents l'entretien et seulement 2% étaient traités par un spécialiste.

Un tiers des personnes questionnées souffrant de douleurs chroniques n'est pas suivi, et deux tiers utilisent un traitement non médicamenteux (massages, acupuncture, etc.). Des différences entre les différents pays ont été observées, reflétant les différences culturelles et traditions locales pour la gestion de la douleur chronique.

Cette enquête met en évidence que les douleurs chroniques d'intensité modérée et sévère concernent environ 20% de la population adulte européenne, qu'elles ont un impact négatif sur la qualité de vie (aspect social et aspect professionnel), que la gestion des douleurs chroniques n'est pas efficiente et que malgré les différences identifiées entre les différents pays, les douleurs chroniques sont un problème de santé majeur en Europe.

Les prises alimentaires

Définition et physiologie

Le terme « prise alimentaire » est synonyme d'ingesta. Il est défini par le dictionnaire Larousse (20) comme étant : « les matières alimentaires introduites dans l'organisme ».

Dans le cadre de cette étude, toutes les modifications de quantité, de qualité et de choix d'aliments et de boissons pouvant influencer la balance énergétique sont pris en considération.

La régulation physiologique des prises alimentaires est alternative selon deux cycles : nuit/jour et faim/satiété. L'homme est actif durant la journée et il existe une alternance de la phase faim/satiété. Il n'y a pas, en situation physiologique, de prises alimentaires durant la nuit.

La faim est régulée par une augmentation sanguine de la ghréline. Il s'agit d'un peptide orexigène périphérique qui est synthétisé par les cellules du fundus de l'estomac et par les cellules du pancréas. La ghréline agit sur l'hypothalamus au niveau des neurones à neuropeptides NPY (neuropeptide Y) et AgRP (agouti-related peptide), se trouvant dans le noyau arqué. Cela entraîne une sensation de faim qui est propre à chacun, mais qui est souvent décrite comme des sensations désagréables au niveau de l'estomac. La ghréline stimule le système de récompense. Il s'agit de la libération de dopamine (hormone du plaisir) ou de sérotonine (hormone de l'humeur) engendrée par la palatabilité des aliments. L'augmentation du taux de ces hormones inhibe la prise alimentaire, car elles sont anorexigènes. Lorsque les taux de ces hormones sont bas, l'individu recherche le plaisir lié aux aliments, stimulus de la sécrétion de ces hormones. Cela peut entraîner des prises alimentaires indépendantes des besoins énergétiques du corps. La ghréline est opposée à la leptine, qui est l'hormone de la satiété. La leptine agit également au niveau de l'hypothalamus, dans le noyau arqué, sur les neurones sécrétant les neuropeptides anorexigènes. La leptine est sécrétée par le tissu adipeux blanc.

Le noyau arqué contient deux populations neuronales : les neurones qui sécrètent les neuropeptides alpha-MSH (alpha-melanocyte-stimulating hormone), CART (cocaine and amphetamine-regulated transcript) et POMC (Pro-opiomelanocortin) qui sont anorexigènes et les neurones qui sécrètent NPY et AgRP qui sont des neuropeptides orexigènes et anaboliques. Les neuropeptides orexigènes agissent sur l'air hypothalamique latérale qui envoie les signaux de faim via l'orexine et MCH (Hormone de mélanocortine) au cortex. Les neuropeptides anorexigènes agissent sur le noyau paraventriculaire qui envoie au cortex des signaux de satiété via CRH (corticotropin-releasing hormone) et TRH (thyrotropin-releasing hormone) qui sont des peptides anorexigènes et cataboliques.

Les prises alimentaires nous permettent d'apporter l'énergie nécessaire à notre organisme pour assurer les fonctions vitales et donc, la survie. D'autres mécanismes peuvent influencer les prises alimentaires à savoir ; l'état psychologique, le sommeil ; les habitudes, les règles sociales ainsi que les perceptions culturelles (21).

Malnutrition

Définition

Selon l'ESPEN (22), la malnutrition est « un état subaigu ou chronique de désordre nutritionnel combiné avec différents niveaux de sur- ou sous-alimentation et des activités inflammatoires qui entraînent des changements de compositions corporelles » (traduction libre).

La malnutrition correspond donc à des prises alimentaires excessives ou insuffisantes par rapport aux besoins nutritionnels en macro et micro nutriments.

En Suisse, elle est évaluée principalement sur le respect de l'équilibre alimentaire selon les recommandations nutritionnelles de la Commission fédérale de l'alimentation (23, 24, 25), ainsi que sur la balance énergétique. L'indice de masse corporelle, la composition corporelle, le poids et sa cinétique sont des éléments qui peuvent être pris en considération.

Screening

Actuellement il n'existe pas de score ou de dépistage pour la malnutrition selon la définition de l'ESPEN (22). Dans le cadre de ce travail, la malnutrition est définie comme résultant d'un déséquilibre de la balance énergétique et, ou un déséquilibre alimentaire. Ces déséquilibres peuvent entraîner une dénutrition ou une obésité.

La dénutrition est dépistée par le nutritional risk screening (NRS) (26) ou le mini nutritional assessment (MNA) pour la population âgée.

L'obésité et le surpoids sont diagnostiqués sur la base de l'indice de masse corporelle selon les normes de l'OMS (27) ainsi que le rapport masse grasse/masse maigre.

L'équilibre alimentaire est évalué par une anamnèse alimentaire réalisée par un professionnel de la nutrition.

Prévalence

Selon le 6ème rapport de la nutrition en Suisse (28) : « Entre 20 et 30 % des personnes admises à l'hôpital souffrent de carences alimentaires ou présentent un risque accru de carences alimentaires. (...) Un choix trop restreint d'aliments peut également provoquer un risque de carences ; ce qui a pour conséquence que même des personnes obèses peuvent souffrir de carences alimentaires. »

Equilibre alimentaire

L'équilibre alimentaire correspond aux fréquences de consommation recommandées des différents groupes d'aliments. Le respect de ces recommandations sur le long terme permet de couvrir les besoins du corps en macro et micro nutriments. Les aliments sont répartis dans différents groupes en fonction de la spécificité nutritionnelle. La pyramide alimentaire (figure 1) et l'assiette équilibrée de la Société Suisse de Nutrition (29) illustrent les recommandations nutritionnelles par rapport aux besoins en macro et micro nutriments pour un adulte en santé.



Figure 1 : pyramide alimentaire Suisse selon la Société Suisse de Nutrition (29) Les aliments sont répartis en six groupes illustrés par des étages au sein de la pyramide alimentaire. La base de la pyramide correspond aux aliments qu'il faut consommer très

régulièrement ou en grande quantité, alors que le sommet de la pyramide correspond aux aliments à consommer avec modération, en petite quantité.

Le premier étage est constitué des boissons non caloriques (eau, thé, tisane et café non sucré et bouillon). Il est recommandé de boire entre 1,5 à 2 litres d'eau par jour. L'eau permet l'hydratation du corps et certaines eaux minérales apportent des minéraux.

L'étage suivant représente les légumes et les fruits. Il est recommandé de consommer trois portions de légumes et deux portions de fruits par jour. Les aliments de ce groupe apportent peu d'énergie mais ils sont riches en fibres, en eau, en vitamines et minéraux.

Le troisième étage comprend les aliments riches en glucides (pain, pâte, riz, pomme de terre, etc.) qui est la source d'énergie principale pour le métabolisme. Ces aliments devraient être consommés trois fois par jour. La portion est déterminée selon la faim du consommateur.

L'étage suivant est celui des aliments riches en protéines (viande, poisson, œufs, produits laitiers, tofu, etc.). Les protéines sont indispensables au renouvellement musculaire, à la formation d'hormones et d'enzymes. Elles ont également des fonctions immunitaires, de transports et de structure. La viande, le poisson ou les œufs doivent être consommés une fois par jour (100g à 120g de viande, poisson ou 2-3 œufs correspondent à une portion pour un adulte en santé). Il est recommandé de consommer trois produits laitiers par jour, car ils apportent du calcium en plus des protéines.

L'étage suivant correspond aux matières grasses sous toutes leurs formes (huile, beurre, crème et fruits oléagineux). Les recommandations sont 30 grammes d'huile végétale (de colza ou d'olive de préférence), 10 grammes de beurre, et une poignée de fruits oléagineux par jour. Les matières grasses sont nécessaires à la formation de la paroi cellulaire, ont un rôle de thermorégulation de l'organisme et de réserve énergétique, sont précurseurs de certaines hormones et assurent un apport optimal en vitamines liposolubles et leurs structures

Le dernier étage de la pyramide alimentaire correspond aux boissons alcoolisées, aux produits gras et sucrés (sodas et snacks). Les recommandations concernant ce groupe d'aliment font actuellement l'objet de discussions. Afin de lutter contre l'obésité, l'OMS (30) recommande de diminuer l'apport énergétique total (AET) de 10% à 5% en ce qui concerne la consommation de saccharose. Cette catégorie d'aliments a une densité énergétique haute, c'est-à-dire un nombre de calories élevé pour un volume donné et une densité nutritionnelle basse. Les produits de cette catégorie ont également un pouvoir hédonique : ces aliments sont parfois consommés sans faim mais par plaisir. Cet étage de la pyramide comprend également les recommandations de l'OMS pour les boissons alcoolisées. (1dl / jour pour la femme et 2 dl/jour pour l'homme).

Le respect de cet équilibre alimentaire permet d'éviter une malnutrition et les maladies qui peuvent en découler.

Balance énergétique

Selon l'ESPEN (22), la balance énergétique représente d'un côté l'entrée énergétique correspondant aux kilocalories provenant des aliments et boissons consommés, de l'autre la dépense énergétique correspondant au métabolisme de base et à l'activité physique. La cinétique pondérale est l'un des facteurs permettant de mesurer le résultat de cette balance énergétique. Lorsque le corps emmagasine trop d'énergie, il la stocke au niveau du tissu adipeux, sous forme de triglycérides. Lorsque la balance énergétique est négative, le corps utilise ses réserves et le poids baisse. Le calcul des besoins énergétiques et l'analyse de l'anamnèse alimentaire permettent également d'évaluer le statut de la balance énergétique. Un déséquilibre de la balance énergétique qui perdure entraîne une malnutrition.

Indice de masse corporelle

L'indice de masse corporelle (IMC) ou Body mass index (BMI) représente le rapport du poids sur la surface corporelle. Le BMI est utilisé comme indicateur permettant de faire la corrélation avec les risques de syndrome métabolique. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) (27), un BMI inférieur à 18,5 kg/m² est insuffisant, un BMI supérieur à 25 kg/m² indique un surpoids et à partir de 30 kg/m², il est question d'obésité. Dans le cas d'une étude par exemple, le BMI permettant de créer des catégories ou de matcher les individus, cet indicateur a ses limites. Il ne prend pas en compte la composition corporelle, et donc ne permet pas de différencier la teneur de masse grasse de la teneur de masse maigre de la personne.

Causes et risques de la dénutrition

Selon le Basics in clinical nutrition (22) : La dénutrition est un état résultant d'un manque d'absorption ou d'un manque d'apport nutritionnel conduisant à la modification de la composition corporelle (diminution de la masse non grasse et de la masse cellulaire qui conduit à une diminution des fonctions mentales et physiques). La dénutrition est diagnostiquée par le score NRS (26). La classification se fait de la manière suivante selon la Société Suisse de Nutrition Clinique (31) :

- malnutrition grave lorsque les deux critères suivants sont remplis :

a) Score NRS (Nutritional Risk Screening*) > ou = 5, et

b) BMI < 18.5 kg/m² avec état général diminué ou perte de poids involontaire >5% en 1 mois et état général diminué ou prises alimentaires entre 0 – 25% des besoins dans la semaine précédente indépendamment de la volonté du sujet (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 3).

- malnutrition modérée lorsque les deux critères suivants sont remplis :

a) Score NRS > ou = 4, et

b) BMI 18.5 - 20.5 kg/m² avec état général diminué ou perte de poids involontaire >5% en 2 mois et état général diminué ou prises alimentaires entre 25 – 50% des besoins dans la semaine précédente indépendamment de la volonté du sujet (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 2).

- malnutrition légère lorsque les deux critères suivants sont remplis :

a) Score NRS > ou = 3, et

b) perte de poids involontaire > 5% en trois mois ou prises alimentaires entre 50 – 75% des besoins dans la semaine précédente indépendamment de la volonté du sujet (correspond à la détérioration de l'état nutritionnel de degré 1).

La dénutrition s'accompagne de carences importantes en micro nutriment dont le potassium, phosphore et magnésium pouvant ensuite entraîner des arythmies cardiaques, puis la mort.

Une carence en micronutriments peut-être présente malgré un apport excessif en macronutriments. La population obèse peut se retrouver dans une situation de carence en micronutriments si elle ne respecte pas les recommandations nutritionnelles.

Causes et risques du surpoids ou obésité

L'obésité se traduit par une augmentation de la masse grasse sans augmentation significative de la masse maigre. L'apport excessif en macronutriments entraîne un déséquilibre de la balance énergétique. L'obésité est un état inflammatoire chronique qui se répercute sur les organes et les glandes annexes ; provoquant parfois le syndrome métabolique caractérisé, selon International Diabetes Federation (32), par au minimum deux anomalies :

- Triglycérides >1.7 mmol/L ou un traitement pour les triglycérides hauts ;

- HDL cholestérol <1.03 mmol/L chez les hommes ou <1.29 mmol/L chez les femmes ou un traitement pour faire diminuer le LDL cholestérol ;
- Pression sanguine systolique >130 mmHg, pression sanguine diastolique >85 mmHg, ou traitement pour l'hypertension ;
- FPG (Fasting plasma glucose) >5.6 mmol/L ou précédant un diagnostic de diabète de type 2.

Certaines personnes peuvent souffrir de carences en micronutriments, mais pourtant présenter un BMI dans les normes ainsi qu'un NRS n'indiquant pas une dénutrition. Ces personnes sont réparties dans différents groupes à risques. Il s'agit des personnes âgées, des femmes enceintes ou allaitantes, des sportifs de haut niveau ainsi que des personnes alcooliques.

Méthode

But

Observer l'influence (directe et indirecte) de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires et développer un questionnaire investiguant la modification des prises alimentaires lors de douleur physique chronique.

Hypothèses

Première hypothèse ; La douleur entraîne une modification des prises alimentaires. La réponse sera présentée grâce la revue de littérature et les entretiens qualitatifs.

Deuxième hypothèse ; Des éléments (qualité de vie, sensations alimentaires, comportement alimentaire, capacité fonctionnelle, etc.) sont modifiés lors de douleurs et ont un impact sur les prises alimentaires.

Questions de recherche

1^{ère} question PICO

Population : adultes caucasiens âgés de 18 à 65 ans ayant une douleur physique chronique.

Intervention : investiguer l'impact de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires (grâce à une analyse qualitative d'entretiens semi-dirigés).

Comparaison : prises alimentaires lorsque le sujet a une douleur physique chronique versus prises alimentaires lorsque le même sujet n'avait pas de douleur physique chronique (rétroactif).

Outcome : l'influence de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires.

Question : comment la douleur physique chronique modifie les prises alimentaires chez les adultes caucasiens âgés de 18 à 65 ans ?

2^{ème} question PICO

Population : adultes caucasiens âgés de 18 à 65 ans ayant une douleur physique chronique.

Intervention : recenser les éléments qui sont modifiés par la douleur physique chronique et qui ont une influencent sur les prises alimentaires (grâce à une analyse qualitative d'entretiens semi-dirigés).

Comparaison : prises alimentaires lorsque le sujet a une douleur physique chronique versus prises alimentaires lorsque le même sujet n'avait pas de douleur physique chronique (rétroactif).

Outcome : les éléments en lien avec les prises alimentaires modifiés lors de douleur physique chronique.

Question : quels éléments en lien avec les prises alimentaires sont modifiés lors de douleur physique chronique chez les adultes caucasiens âgés de 18 à 65 ans ?

Objectifs

Les objectifs opérationnels sont :

- Effectuer une revue de littérature et recenser des questionnaires validés ;

- Recenser et sélectionner les éléments qui peuvent être modifiés par la douleur et qui peuvent avoir une influence sur les prises alimentaires ;
- Rédiger la première version du questionnaire ;
- Rédiger une grille d'entretien semi-dirigé destinée à l'échantillon de convenance ;
- Sélectionner l'échantillon ;
- Récolter les données quantitatives et qualitatives (entretiens) ;
- Analyser les entretiens selon la méthode qualitative ;
- Comparer les résultats obtenus avec les résultats attendus (les hypothèses) ;
- Faire émerger des items qui devraient être présents dans un questionnaire visant à investiguer la modification des prises alimentaires en lien avec la douleur ;
- Rédaction du Travail de Bachelor.

Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale. Le schéma ci-dessous (figure 2) illustre les différentes étapes de manière chronologique.

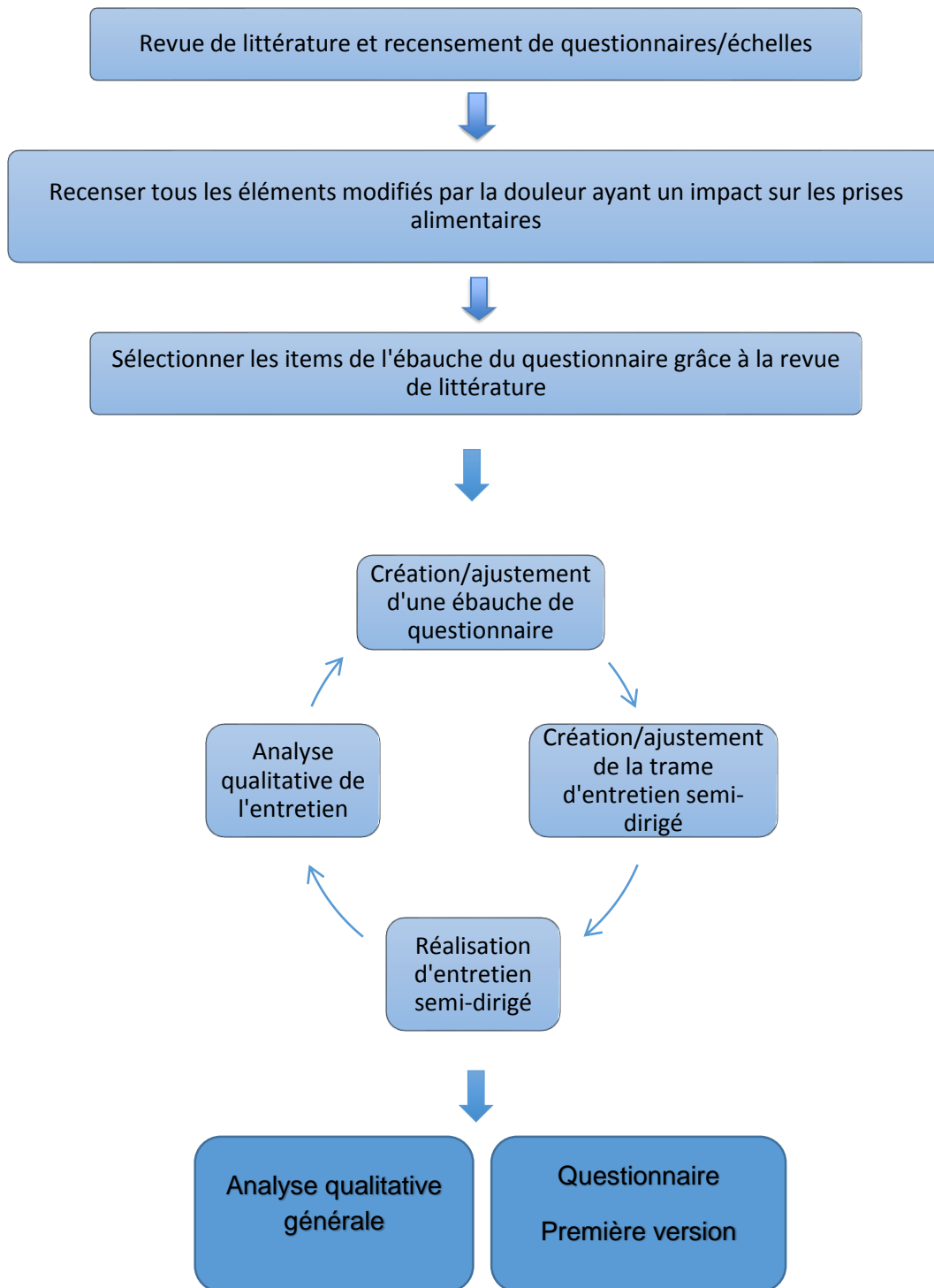


Figure 2: Design de l'étude

Déroulement général

Un calendrier du projet de recherche (annexe 13) permet de visualiser le déroulement des différentes étapes.

Population étudiée

Un échantillon de convenance (entre 6 et 10 participants) est défini. Les participants ont été sélectionnés selon les facteurs temps et moyens à disposition. Cette méthode d'échantillonnage convient puisque la taille de l'échantillon est relativement petite. Robert S. Weiss (33) explique qu'il existe des situations auxquelles l'échantillon de convenance est le meilleur outil d'analyse, voir le seul. Cela survient lorsque les personnes sont difficilement repérables au sein de la population ; telles que les personnes ayant des douleurs chroniques. L'étude n'est pas menée dans le domaine clinique puisqu'une demande à la commission d'éthique doit être effectuée, comme le stipule la loi relative à la recherche sur l'être humain (34). Le recrutement est réalisé par les auteurs au sein de leur entourage.

Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon sont rédigés dans le but de limiter les facteurs de confusion et d'obtenir un échantillon de convenance hétérogène. Ils sont les suivants :

- Les adultes d'origine caucasienne âgés de 18 à 65 ans parlant français, ressentant une douleur depuis plus de trois mois et ayant ressenti une douleur d'intensité d'au minimum 1 sur l'échelle de l'évaluation de la douleur (0-10) ses 8 derniers jours (selon le carnet d'évaluation de la douleur de UPSA) sont inclus.
- Les personnes actuellement hospitalisées sont exclues.
- Les groupes à risque (femmes enceintes, personnes âgées, sportifs et personne alcoolique) sont exclus.
- Les personnes dont le système à l'origine de la douleur est le système nerveux central (aspect psychologique et social) sont exclues car l'aspect émotionnel sera évalué indépendamment de la douleur.
- Les personnes dont le système à l'origine de la douleur est système nerveux central sont exclues afin de limiter les facteurs de confusion en lien avec les conséquences de l'atteinte de ce système.
- Les personnes dont le système à l'origine de la douleur est le système gastro-intestinal sont exclues. Cela afin de supprimer les facteurs de confusion en lien avec les différents régimes et restrictions alimentaires appliqués et douleurs provoquées par les prises alimentaires.
- Les personnes dont les caractéristiques de la douleur sont « isolé et limité » sont exclues car cela ne correspond pas à la définition de la douleur chronique selon la SSED (14).
- Les personnes dont les caractéristiques de la douleur ne sont pas évaluables sont exclues.
- Les personnes dont les douleurs (ou l'ensemble des épisodes douloureux) ont une durée inférieure à trois mois, sont exclues car cela ne correspond pas à la définition de la douleur chronique selon la SSED (14).
- Les personnes n'ayant pas de douleur (évaluée à 0 sur une échelle de 0 à 10) durant les huit jours précédents l'entretien semi-dirigé sont exclues.
- Les personnes ayant des douleurs dans un contexte de soins palliatifs (fin de vie) sont exclues pour des raisons éthiques.
- Les personnes ayant des douleurs apparaissant de manière ponctuelle, dépendante du moment d'évaluation et donc pouvant être évaluées à 0 selon l'échelle d'auto-évaluation de la douleur (type migraine ou douleurs menstruelles) sont exclues.
- Les personnes dont l'étiologie de la douleur est oncologique sont exclues afin de supprimer les facteurs de confusion avec les effets secondaires des traitements.

- Les personnes dont l'étiologie de la douleur est toxique ou métabolique sont exclues car il s'agit d'une population très spécifique (alcoolisme, anorexie, etc.).
- Les personnes dont l'étiologie de la douleur est psychique sont exclues, car le côté émotionnel est évalué indépendamment de la douleur.

Au vu des critères ci-dessus, les douleurs sélectionnées pour l'étude sont :

1. Fibromyalgie ;
2. Lombalgie ;
3. Douleur rhumatologique ;
4. Neuropathie du système nerveux périphérique.

Recueil de données

Revue de littérature

Une revue de littérature est effectuée afin de mettre en évidence tous les éléments modifiés par la douleur ayant un effet sur les prises alimentaires. Les mots-clés sont proposés à l'aide du catalogue Cismef. Les termes « food intake » et « chronic pain », « Low back pain » ont été utilisés. La recherche est ensuite réalisée sur la base de données Medline.

Une recherche est également effectuée à l'aide du textbook en ligne UpToDate en utilisant les mots-clés « Chronic pain » et « Food intake ».

Les études réalisées entre 2009 et 2014, concernant des humains âgés de 18 ans à 65 ans, faites en Europe sont prises en comptes.

Les articles traitants de la prise en charges de douleurs via une alimentation modifiée sont exclus.

Des éléments de la littérature grise sont également récoltés sur un moteur de recherche Internet. Il s'agit de questionnaires au sujet de l'évaluation de la douleur, des activités de la vie quotidienne, de la qualité de vie et de l'état psychologique (anxiété et dépression). Ils sont recensés avec les mots clés : « questionnaire » et « douleur », « questionnaire » et « activités de la vie quotidienne », « questionnaire » et « qualité de vie », « questionnaire » et « dépression » ou encore « questionnaire » et « anxiété ». La sélection est effectuée selon l'expertise des auteures (questionnaires connus et vus en cours, utilisés en pratique clinique et utilisés pour la recherche).

Entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés sont réalisés individuellement. Le temps de l'entretien dépend de la grille d'entretien et du participant. Le lieu d'entretien est défini en commun accord avec le participant, dans un lieu calme.

Une demande de consentement pour participer à l'étude (annexe 14) est soumise au participant avant de débiter l'interview. Ce dernier est informé de l'objectif de l'étude, de l'utilisation des données récoltées et de la garantie de son anonymat. Ensuite, une série de questions en lien avec les caractéristiques personnelles et médicales de la personne, la douleur et le traitement sont posées pour récolter les données quantitatives (âge, poids et degrés de douleur). L'entretien semi-dirigé est enregistré, puis un outil d'évaluation du comportement alimentaire (BITE) est complété sur place par le participant (annexe 15).

La trame d'entretien est fondée sur les résultats de la revue de littérature et sur les hypothèses des auteures.

Une première personne est interviewée. L'analyse qualitative de son entretien permet de réajuster la grille d'analyse ainsi que la trame d'entretien qualitatif semi-dirigé (annexe 16) et l'ébauche du questionnaire (annexe 17). Un autre entretien est réalisé et ce ainsi de suite jusqu'au dernier participant. La grille d'analyse ainsi que la trame d'entretien semi-dirigé et l'ébauche du questionnaire sont donc dans un processus d'évaluation et d'évolution constante. Ce processus est inspiré du modèle de démarche de qualité proposé par « W. Edward Deming » dans les années 1960 (35). Il est plus connu sous le nom de « roue de Deming » ou « roue de qualité ». Il est constitué de quatre étapes qui se succèdent à l'infini : planifier, faire, analyser, améliorer. La méthode qualitative est judicieuse pour initier une recherche lors de données probantes insuffisante.

Ébauche de questionnaire

Avant d'effectuer les entretiens, une ébauche de questionnaire est réalisée selon les résultats de la revue de littérature. Le chapitre « douleur » est construit selon les questionnaires d'évaluation recensés (résultats de la littérature grise). L'ébauche du questionnaire est enrichie par de nouvelles questions à chaque analyse d'entretien semi-dirigé. Les auteures réfléchissent ensemble sur les termes et les formulations de phrases à employer, et établissent des consensus. À la fin de l'élaboration du questionnaire, il est soumis à deux personnes externes à l'étude et au domaine de la santé dans le but d'adapter au mieux son contenu et sa structure au public cible.

Analyse

Une analyse qualitative de contenu des entretiens semi-dirigés permet de répondre aux hypothèses et questions de recherches. L'analyse qualitative consiste à étudier le choix des termes et leurs associations utilisés par le locuteur, afin de constituer des connaissances (36). Elle possède un vaste champ d'application et est utilisée, par exemple, lors de l'analyse des composantes d'une situation problématique (36). L'analyse de contenu comporte plusieurs variantes (analyses thématiques, formelles et structurales) (36). Dans le cadre du travail de Bachelor, l'analyse thématique est effectuée car l'un des objectifs consiste à l'identification des éléments modifiés par la douleur et qui ont un effet sur les prises alimentaire". L'analyse de l'entretien semi-dirigé est réalisée grâce à une grille d'analyse créée au préalable (annexe 18). Celle-ci aborde une analyse des thèmes et des cooccurrences attendus par les auteures lors des entretiens selon les hypothèses de travail. Chaque entretien est écouté à plusieurs reprises et analysé par les deux auteures. Lorsque tous les entretiens sont réalisés, le questionnaire final à validité faciale est défini, et l'analyse générale ainsi que synthétique est rédigée.

Résultats

Présentation de l'échantillon

L'échantillon de convenance choisi pour cette étude est hétérogène. Dix personnes ont participées. Une personne est exclue en raison de son âge (hors critères d'inclusion). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 40 ans.

Cinq personnes sur neuf sont des hommes. Cinq personnes ont une activité professionnelle à plein temps, deux personnes sont à l'assurance invalidité en raison des douleurs et deux personnes sont étudiantes. Six personnes jugent leur état de santé général bon, deux se sentent faibles et une présente une autre pathologie. Cinq personnes indiquent un poids à tendance stable, deux personnes affichent un poids qui a tendance à diminuer et deux ont un poids qui a tendance à augmenter. Quatre personnes vivent en famille, trois sont seules, l'une vit en colocation et la dernière en concubinage. L'échantillon est présenté sous forme de graphiques en ce qui concerne la classification de la douleur chronique selon Merskey (11) pour : premier axe ; la localisation de la douleur (figure 3), deuxième axe ; le système défectueux à l'origine de la douleur (figure 4), troisième axe ; caractéristiques de la douleur (figure 5), quatrième axe ; intensité générale de la douleur (figure 6) et cinquième axe ; éthologie de la douleur (figure 7).

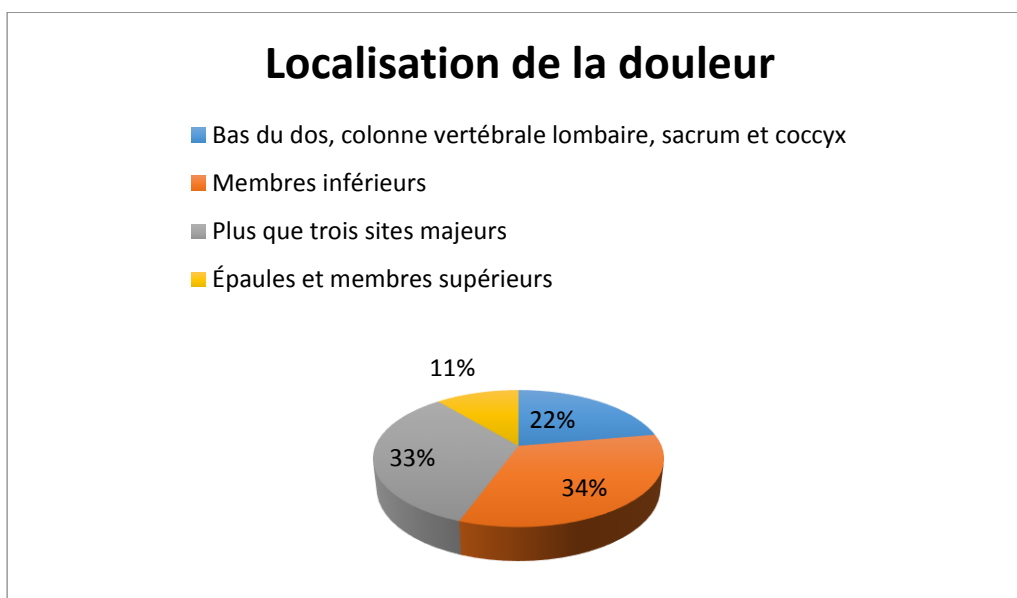


Figure 3: Répartition de la localisation de la douleur pour l'échantillon selon le 1er axe de la classification de la douleur chronique selon Merskey (11)

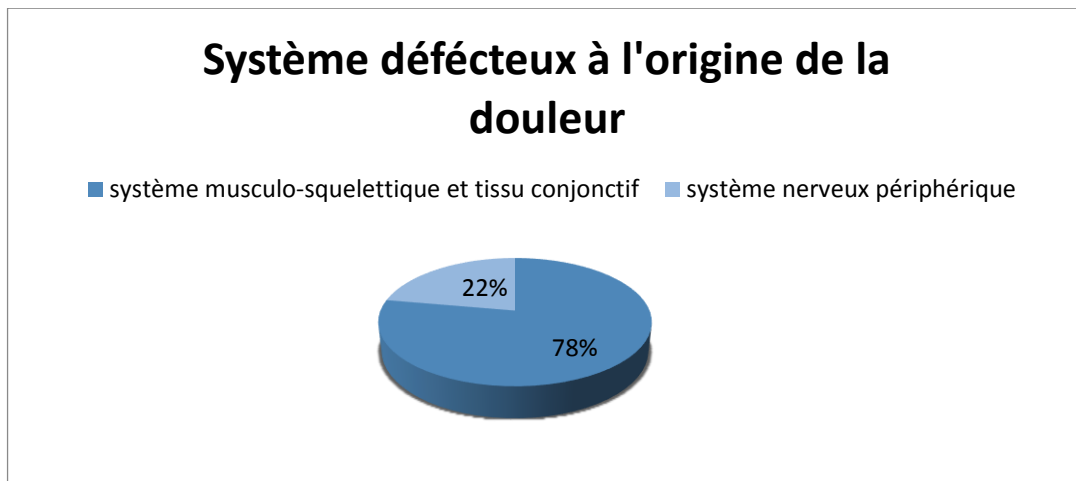


Figure 4 : Répartition du type de système défectueux pour l'échantillon selon le 2ème axe de la classification de la douleur chronique selon Merskey (11)

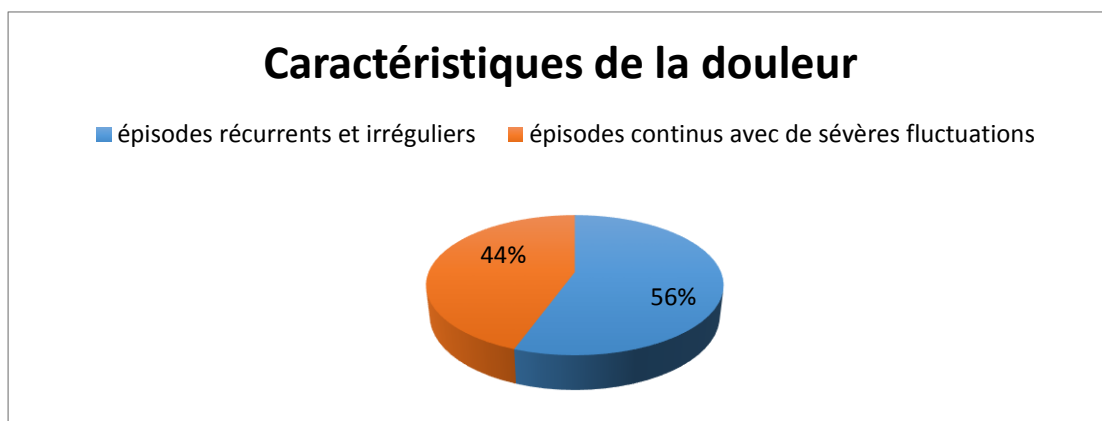


Figure 5: Répartition du type d'épisode douloureux pour l'échantillon selon le 3ème axe de la classification de la douleur chronique selon Merskey (11)

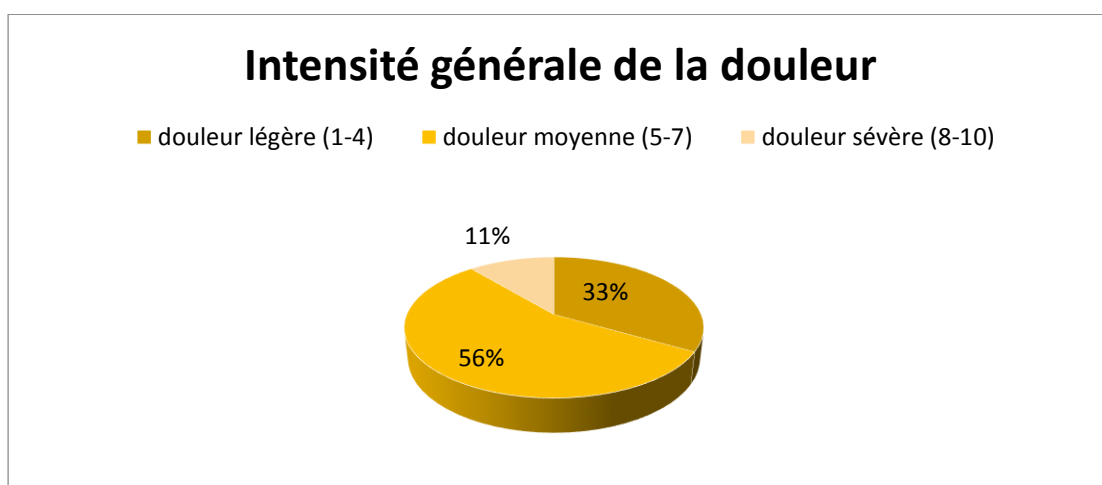


Figure 6 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'intensité générale de la douleur selon le 4ème axe de la classification de la douleur chronique selon Merskey (11)

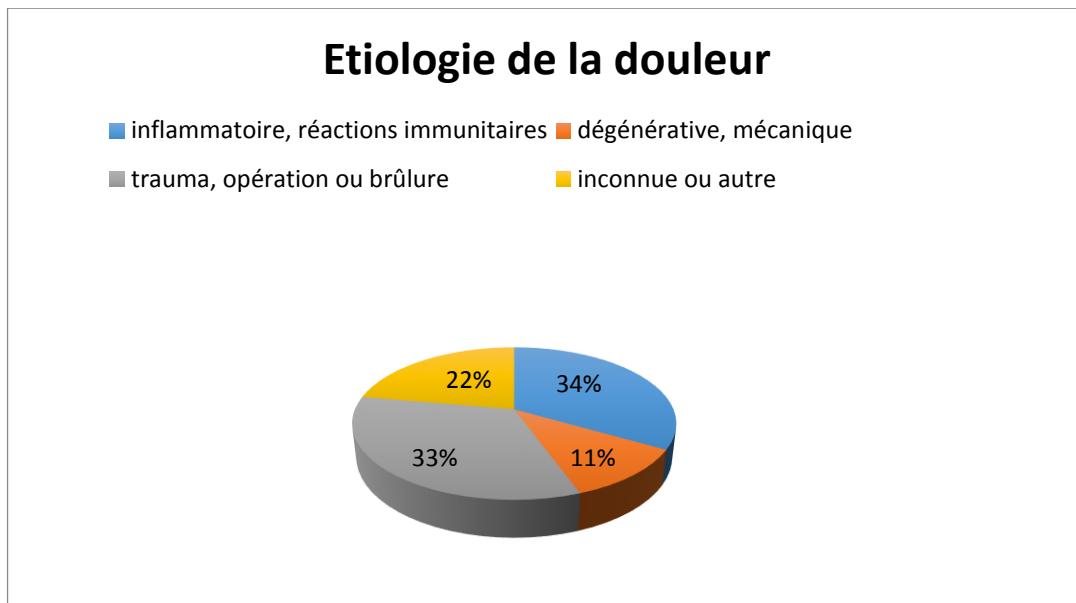


Figure 7 : Répartition de l'étiologie de la douleur de l'échantillon selon le 5ème axe de la classification de la douleur chronique selon Merskey (11)

Les résultats concernant les différents types de traitements (médicaments, médecine complémentaire, etc.), l'histoire pondérale, le comportement alimentaire (évalué par le questionnaire BITE) se trouvent en annexe 19.

Revue de littérature

Selon l'article « How does pain affect eating and food pleasure » (37) : le cortex préfrontal et le striatum sont impliqués dans le plaisir alimentaire mais aussi dans le soulagement de la douleur. Lorsqu'une douleur persistante perturbe ces circuits nerveux, le soulagement de la faim peut également être perturbé. Cet article reporte l'expérience de Bastian B, Jetten J, Stewart E (38) qui indique que la douleur peut avoir une composante émotionnelle liée au sentiment d'injustice. Il a été observé que les participants associant leurs douleurs avec de l'injustice augmentaient leurs consommations de chocolats.

L'article "Decreased food pleasure and disrupted satiety signals in chronic low back pain" (39) expose les images cérébrales de personne souffrant de lombalgies chroniques. Celles-là révèlent des altérations fonctionnelles et structurales au niveau des aires qui attribuent la valeur hédonique de la nourriture. Cet article présente un groupe de personnes souffrant de lombalgies chroniques et un groupe témoin. Le BMI (Body Masse Index) et l'adiposité sont matchés. Les personnes souffrantes de lombalgies chroniques ressentent une valeur hédonique moins importantes que les personnes témoins. Il est noté que les différences entre les deux groupes ont lieu uniquement avec les aliments solides et non les boissons. Chez le groupe témoin, on observe une diminution de la faim lorsqu'il y a ingestion d'un pudding riche en calories. Cette diminution de la sensation de faim n'a pas lieu dans le groupe souffrant de lombalgies chroniques.

Selon l'article « Gustatory pleasure and pain. The offset of acute physical pain enhances responsiveness to taste » (40) a pour but d'investiguer l'impact des stimuli de la douleur sur l'appréciation des goûts agréables. D'après la recherche menée la douleur agit sur le système opiacé qui augmente le plaisir pour les aliments sucrés et diminue le plaisir pour les aliments amers. Les personnes souffrant de douleurs attribuaient une note plus élevée aux biscuits dégustés que les personnes dépourvus de douleurs. Cet article souligne le fait que lorsque les

personnes sont soumises à un stimulus de douleurs, elles éprouvent davantage de plaisir pour les aliments qu'elles apprécient et plus de dégoût pour les aliments qu'elles n'aiment pas. Cet effet est d'autant plus intense si les prises alimentaires sont proches du stimulus douleur.

Les éléments suivants : quantité d'aliments, sensations alimentaires et goût/plaisir lié à l'alimentation ont donc un lien avec les prises alimentaires, et sont modifiés lors de la douleur. Ils sont inclus dans la trame d'entretien semi-dirigé ainsi que dans l'ébauche du questionnaire.

Le recensement des questionnaires d'évaluation de la douleur, des activités de la vie quotidienne, de la qualité de vie et de l'état psychologique (anxiété et dépression) permet d'établir les hypothèses suivantes pour créer la grille d'entretien.

Les questionnaires sélectionnés sont :

- les outils d'évaluation de la douleur de l'UPSA (17) ;
- l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (41) et l'échelle des activités de la vie quotidienne (ADL) (42) destinées à l'évaluation des activités de la vie quotidienne ;
- le MOS 36 Short Form (43), le NPH (44) et le WHOQOL BREF (45) destinés à l'évaluation de la qualité de vie ;
- l'échelle HDRS (46) destinée à l'évaluation de l'anxiété et de la dépression.

Ces hypothèses relèvent les facteurs qui sembleraient produire un effet sur les prises alimentaires lors de situations douloureuses :

- L'état psychologique (humeur, anxiété, moral et goût de vivre ;
- La mobilité (capacité à faire des activités physiques, capacité à se déplacer, capacité à rester assis et capacité à sortir de chez soi) ;
- Les activités de la vie quotidienne en lien avec les prises alimentaires (capacité à faire ses courses, capacité à faire la cuisine et capacité à se nourrir seul) ;
- Le sommeil ;
- Les relations sociales (amis, famille et conjoint) ;
- L'envie de manger/appétit.

Analyse qualitative

Une vue d'ensemble des résultats comprenant les liens directs et indirects est réalisée (annexe 20). Les paragraphes suivants relèvent les thèmes associés qui sont attendus sur la base des hypothèses de départ ou lien direct avec les prises alimentaires.

Douleur et appétit/envie de manger

Il a été observé dans l'échantillon (n=5) que plus la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), moins l'envie de manger est présente.

« Plus j'ai mal moins j'ai envie de manger ». « Quand j'ai mal, je vais automatiquement me renfermer sur moi, et ça me coupe l'appétit. C'est quand la douleur c'est vraiment forte (8 – 9) ». « Il faut que je me donne de la peine pour manger ».

Certains participants ont mentionné parfois que l'appétit est coupé, qu'il faut se forcer de manger et que lorsque la douleur est très intense (évaluée à 9), des nausées apparaissent et coupent l'appétit.

« Quand j'ai mal, je ne mangerais pas ».

Douleur et plaisir lié aux prises alimentaires

Dans l'échantillon (n=2), il est ressorti que si la douleur est très intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), il y a une diminution, voir une absence de plaisir lors des prises alimentaires.

« Ouai peut-être si, ben quand j'ai mal, du coup je mange moins et je m'intéresse pas trop à savoir si c'est bon ou pas, ou si ça a du goût ou pas. Je mange pour manger ». « Je me force à manger ». « Maintenant oui j'ai du plaisir à manger car les douleurs moins fortes qu'avant (3), mais j'avais pas de plaisir à manger au départ de la maladie ». « Parfois je ne mange pas ». « Lorsque j'ai mal, ça me donne pas envie de manger, j'ai rien envie de manger, j'ai aucun goût aucun plaisir. Et quand j'ai ma douleur moyenne, j'aime plus les aliments crus et durs, comme des poivrons ou de la salade. Et quand la douleur est comme d'habitude, je mange normalement ». « Je suis plus concentrée sur ma douleur que concentrée sur ce que je mange. Je pourrais manger n'importe quoi, ça me ferait ni chaud ni froid »

Il est ressorti dans l'échantillon (n=2) que les prises alimentaires peuvent être une source de plaisir lors de douleur.

« Les périodes où j'avais très mal... comment dire. Manger est une manière de se faire plaisir, lorsqu'on a vraiment mal ».

Selon un sujet, le plaisir ressenti lorsqu'il boit une boisson au cola ou un café est décuplé lorsqu'il a une douleur très intense (évaluée entre 9 et 10 sur une échelle de 0 à 10).

« Le Coca-Cola et le café, on dirait droit que c'est une drogue ». « Le Coca avec les médicaments, on dirait que ça fait une réaction chimique qu'est explosive et pis qui enlève la douleur. »

Douleur et quantités d'aliments

Il est ressorti dans l'échantillon (n=3) que si la douleur est forte (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10) la quantité d'aliments consommés diminue de moitié ou absence de prises alimentaires.

« Les quantités seraient diminuées de moitié dans ces moment-là (lorsque la douleur est à 7) ». « Si j'ai mal oui, comment expliquer... Quand mes douleurs sont continues, habituelles, ça fluctue pas la quantité. Lorsque j'ai vraiment vraiment mal, là je ne vais pas manger ». « La douleur, quand c'est fort j'mange pas. Quand c'est moyen, je mange mais voilà, la quantité c'est un peu moins. Peut-être une demie assiette comparé à d'habitude ».

Lorsque la douleur est très intense (évaluée à 10 sur une échelle de 0 à 10), la quantité des prises alimentaires est contrôlée dans le but d'éviter l'augmentation de la douleur (n=1).

« Quand je fais un petit peu des excès, ça favorise pas... parce que j'ai plus mal au dos. Ça engendre occasionnellement des douleurs supplémentaires, automatiquement (...) quand je mange trop ».

Selon un sujet, lors de douleur, il ne peut faire des activités à l'extérieur. Donc, il grignote car il est plus exposé à la nourriture.

« Je mangerais plus (davantage) si je restais à la maison. »

Douleur et choix d'aliments

Température

Selon l'échantillon (n=2), lorsque la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), ils consomment de préférence des repas froids, car cela paraît « plus léger », cela donne plus envie et car cela demande moins de préparation.

« Au départ quand les douleurs étaient très intenses, je mangeais plutôt du froid, pas vraiment chaud en fait. (...) J'avais l'impression que les aliments que je mangeais chaud étaient beaucoup plus lourd ». « Quand j'ai mal je mange du froid, j'ai pas envie de manger du chaud. Donc je mange une salade, des légumes crus. Quand j'ai mal ça me donne pas envie de me faire à manger, je ne me cuisine pas quelque chose »

Aliments acidifiants

Il est constaté dans l'échantillon (n=1) que lors de douleur, le sujet a moins envie d'aliments qui selon lui sont « acidifiants » pour son corps, tels que le porc, la charcuterie et le fromage.

« Dans les périodes où on a mal, j'ai plus envie de viande, il y a des choses j'ai l'impression qui changent au niveau des goûts. (...) J'aurais plus du tout envie de viande ou de charcuterie dans les moments où j'ai mal, c'est des envies qui sont moins présentes ». « Quand j'ai mal, je me fais des jus de citron, il y a des choses qui me conviennent comme ça... et j'ai remarqué que c'est des choses basifiantes. C'est complètement empirique, mais c'est ce qui me convient ».

Saveur

Selon l'échantillon (n=1), avant l'apparition de la douleur, le sujet choisissait des aliments tels que du chocolat lorsqu'il voulait grignoter. Depuis qu'il a une douleur physique chronique, il préfère grignoter des aliments salés (flips, chips, etc.).

« Quand j'ai mal je prendrais plutôt du salé. »

Douleur et sensations alimentaires

Grâce à l'échantillon (n=3), il est ressorti que lorsque la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), seule la douleur est ressentie. Elle prédomine sur les autres sensations et la sensation de faim n'est plus ressentie.

« Quand j'ai mal, j'ai pas faim ».

Un sujet explique que la concentration est perturbée lors de douleur intense (évaluée de 7 à 10 sur une échelle de 0 à 10) et que la sensation de faim est encore moins bien perçue.

« Si j'ai vraiment beaucoup mal, j'ai moins faim ». « Si c'est une douleur assez forte, à 7, cela coupe la faim parce que on a en tête que voilà on a mal ». « J'ai pas faim. Lorsque la douleur est maximum, rien qui ne se passe dans la tête, ni dans l'estomac ». « Une douleur de 7 à 10, il faut laisser tomber, je ne vais pas manger ».

Un sujet explique que la concentration est perturbée lors de douleur intense (évaluée de 7 à 10 sur une échelle de 0 à 10) et que la sensation de faim est encore moins bien perçue.

« Tellement j'avais mal j'arrivais pas me concentrer, j'avais de la peine. » et cela est un obstacle pour ressentir la faim.

Douleur et activités liées aux prises alimentaires

Capacité à faire les courses

Selon une participante, lors de douleur physique chronique à intensité habituelle (évaluée à 4 sur une échelle de 0 à 10), elle a besoin d'aide pour porter ses courses et demande de l'aide. Si elle n'avait pas d'aide, elle ne pourrait pas acheter de choses lourdes.

« Je me suis rendue compte que si je portais des choses trop lourde cela me faisait mal au coude (...) ça m'arrachait les coudes, je crevais de mal aux coudes ». « Je suis obligée de faire mes commissions. Ce que je fais (...) j'attends d'avoir mon conjoint à la maison, je laisse dans mon coffre et c'est lui qui monte les affaires ».

Selon un autre sujet, la douleur au membre supérieur gauche l'empêchait de conduire et de porter des choses lourdes. Elle a mis en place des stratégies pour qu'on l'aide.

« Je ne pouvais plus les faire (les courses) pendant très longtemps. Pendant une année, je partais tous les samedis matin en voiture avec mon voisin ou les enfants. Je ne pouvais plus conduire, je ne pouvais plus porter ».

Selon une autre participante, lorsque la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), elle ne fait pas les courses car elle n'en a pas envie. Si la douleur est d'intensité moyenne (évaluée entre 5 et 6 sur une échelle de 0 à 10), elle achète uniquement ce qui est nécessaire.

« Oui la douleur influence. Lorsque j'ai vraiment mal je ne fais pas les courses. (...) car ça m'énerve d'avoir mal, donc je fais le strict minimum dans ma vie à ce moment-là. Quand j'ai moyennement mal, je vais faire les courses mais je vais droit au but, vraiment ce qu'il faut au minimum. Et quand j'ai mal de manière constante, comme d'habitude, il y a aucune influence. »

Capacité à cuisiner

Selon une participante, lorsque la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), elle ne cuisine pas car elle n'a pas envie. En temps normal, elle apprécie peu cuisiner.

« Si j'ai vraiment mal, je ne fais pas la cuisine, c'est mon copain qui va faire. »

Selon un autre sujet, si la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), elle est incapable de se lever et donc de cuisiner.

« Au tout départ, j'avais des difficultés à cuisiner car je n'arrivais même pas à me lever ».

Selon une autre participante, lors de douleur au membre supérieur gauche, elle prépare des repas moins élaborés, plus simples, mais équilibrés, car ses gestes sont restreints.

« Je pourrais éditer un livre de cuisine intitulé « cuisiner avec une seule main ». Il y a des choses qui sont très problématiques (...) Peler des pommes de terre avec une seule main c'est compliqué. J'ai dû m'adapter et trouver des petits systèmes. Mais ça prend plus de temps ».

Un sujet exprime que lorsqu'il a une douleur intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), il ne se prépare plus à manger.

« Quand y a quelqu'un qui est là et me fait à manger ça va parce que je mange mais moi-même de faire je n'y arrive pas (...) (quand tu as mal tu te prépares à manger?) non alors là très peu ».

Capacité à se nourrir

Selon un sujet de l'échantillon, lors de douleur aigue au bras (évaluée entre 8 et 9 sur une échelle de 0 à 10), il était impossible d'utiliser le couteau et la fourchette. Des astuces ont été mises en place pour pouvoir manger telles que : préparer des repas plutôt mixés pour manger avec une cuillère plus facilement.

« Dans les épisodes embêtants, je me faisais pas mal avec mon « bas-mix », je mangeais quasi que des légumes parce que c'est ce qui passait le mieux. C'est ce que j'aime et ce que je mangeais le plus facilement. (...) J'utilisais difficilement le couteau et la fourchette »

Douleur, alimentation et sommeil

Il est ressorti dans l'échantillon (n=3), que lors de douleur physique chronique, la quantité et la qualité du sommeil sont affectées et cela engendre des insomnies. Lors de ces insomnies, les participants ont envie de manger et grignotent du chocolat ou des flips, chips et cacahouètes.

« Des fois je me lève quand j'ai trop mal et là je prends des autres remèdes, pis j'ai envie de salé. » (Pas de notions de réconfort) . « Ah c'est pas facile ça (le sommeil), maintenant ça va mieux, mais ça réveille. (...) J'ai la chance de dormir à l'étage et là j'ai pas commencé à descendre au frigo, parce que ça j'aurais pu. Avec les insomnies, j'ai essayé d'éviter les grignotages ». « Mon sommeil est un peu en saccade. C'est en lien avec l'état général, les douleurs, le stress. (...) Si je dors pas ben c'est sûr que je vais manger ».

Selon un sujet de l'échantillon, s'il y a une nuit avec peu d'heures de sommeil en lien avec la douleur, cela provoque une perte de l'appétit.

« Au départ, comme j'arrivais pas trop... je trouvais aucune position pour dormir. Dormir sur le ventre, ça me faisait mal, sur le dos aussi. Je me réveillais régulièrement à certaines heures à cause de la maladie en fait. (..) Quand je dormais pas beaucoup comme ça, ben j'avais pas vraiment d'appétit, pas vraiment faim »

Douleur, alimentation et état psychologique

Selon un participant, lorsque la douleur est intense (évaluée à 7 sur une échelle de 0 à 10), il a une tendance à être agressif et cela engendre une diminution de l'envie de manger. *« Maintenant j'arrive à la gérer donc la douleur influence un petit peu mon humeur, mais avant j'arrivais moins. Si j'avais mal, les personnes autour de moi le ressentaient. J'étais plus agressive » « Si je suis énervée ou comme ça, j'ai pas vraiment envie de manger ».*

Aliments « réconfort »

La douleur engendre les émotions primaires de tristesse ou/et de colère et/ou de peur qui entraînent des prises alimentaires dans un but de réconfort, de plaisir ou de compensation (n=4). Selon un sujet, lors de douleur physique chronique (évaluée entre 6 et 10 sur une échelle de 0 à 10), il est de mauvaise humeur et grincheux. Cela signifie qu'il mange à un rythme plus rapide et une plus grande quantité d'aliments.

« Je suis de plus mauvaise humeur quand j'ai beaucoup mal. Je suis plus dans le stress, je grogne pour un oui ou pour un non (...) Je vais manger plus et plus vite, c'est ça. Je suis stressé, donc je mange plus vite, je mange trop. »

Il ressent parfois de l'anxiété en lien avec la douleur, et mange du chocolat pour se réconforter. Lorsque la douleur se situe entre 6 et 10, il recherche des aliments plaisir, pour

« se faire du bien au moral ».

Selon un autre participant, lorsqu'il s'aperçoit qu'il ne peut aller faire du sport avec ses amis en raison de la douleur, il se reconforte avec des aliments plaisir.

« *Si quelqu'un me dit, je sais pas me téléphoner pour aller en vélo, ils vont faire du vélo de montagne, j'irais pas quoi.* » Cela entraîne des prises alimentaires « reconfortantes ».

Un autre sujet ressent de la tristesse suite à la douleur au quotidien, ce qui provoque des prises alimentaires déstructurées dans le but de se faire plaisir.

« *Si je dis que je ne fais rien (en lien avec la douleur qui induit une baisse de motivation) et que je suis là sur mon canapé peut-être que j'aurais tendance à grignoter un peu des conneries* ».

Un sujet avance que les prises alimentaires sont une compensation lorsqu'on ne peut réaliser des activités à cause de la douleur.

« *Manger c'est plus une compensation qu'un plaisir, lorsqu'on en a ras-le-bol (à cause des douleurs). C'est contre la frustration, lorsqu'on veut aller faire un tour dans la forêt et puis qu'on n'arrive pas, on grignote quelque chose pour compenser* ».

Voici les associations de thèmes qui ont émergées lors des entretiens :

Douleur, traitements et prises alimentaires

Selon l'échantillon (n=3), les traitements que les participants prennent en lien avec la douleur ont un impact sur les prises alimentaires. Les traitements antidépresseurs augmentent la sensation de faim.

« *Les antidépresseurs, ça donne faim* ». Un sujet a augmenté sa consommation de fruits (agrumes) car ils contiennent de la vitamine C. en raison d'un traitement diminuant l'immunité, « *Je mangeais déjà beaucoup de fruits, mais là j'ai augmenté ma consommation (...) pour pas trop être malade* ». Selon un de ses amis, cela est bénéfique pour sa santé.

Un sujet suit un traitement qui est censé engendrer une prise pondérale. Lorsqu'il a très mal (douleur évaluée à 9 sur une échelle de 0 à 10), il a des nausées. Selon lui, la présence de ces nausées explique la stabilité, car il mange moins.

Régime

Dans l'échantillon (n=5), des régimes permettant diminuer la douleur physique chronique sont proposés par l'entourage, le médecin ou alors sont auto-administrés. Un régime sans gluten est commencé, puis cessé par peur de devenir cœliaque.

« *J'avais essayé un régime sans gluten, mais j'ai pas remarqué de différences pour soulager la douleur* ». « *J'ai arrêté le régime sans gluten car j'avais peur de devenir intolérante* ».

Un régime sans fromage à base de lait de vache et sans pain blanc est proposé, mais pas suivi car il ne correspondait pas aux habitudes alimentaires du sujet, qui appréciait particulièrement le fromage. Un régime basé sur le concept acido-basique proposé par un livre est mis en place par un sujet, car il corrèle avec les envies du moment. La consommation de viande de porc, de salami et de fromage est donc cessée.

« *Je me suis dit que d'un point de vue de l'état inflammatoire, il faut manger plus de légumes et plus boire. Je ne mange plus du tout de porc, plus de charcuterie. J'essaye de manger pas trop de fromage, et puis le café. Moi je pourrais boire dix cafés par jour ; j'essaye d'en boire que 3 par jour sinon j'aurais des problèmes pour dormir* ».

Un régime est mis en place par un sujet, car son médecin lui a conseillé de perdre du poids dans le but de diminuer les douleurs et pour sa santé en général. Un sujet a supprimé le fromage de son alimentation, tel que les aliments acidifiants, car il a remarqué que ce type d'aliments péjore les douleurs, malgré le fait qu'il les apprécie.

« Je pense que tous les produits laitiers agissent sur le mal, enfin laitier et acide. »

Douleur, alimentation et repas en société

Selon un sujet, lorsque la douleur est intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), il ne peut sortir et se rendre à des repas en société, ce qui correspond la majorité de ses prises alimentaires. Lorsqu'il s'oblige à y participer, il ne mange pas ce qu'on lui prépare.

« Lorsque j'ai mal je vais moins (au restaurant avec des amis) j'ai plus de peine à me tenir donc je vais moins. J'aurais tendance à moins sortir oui ». « Je me donne aussi de la peine, des fois j'y vais, mais ça serait quand même la tendance ».

Douleur, activité physique, poids et troubles du comportement alimentaire

Il est ressorti dans l'échantillon (n=4) que la douleur physique chronique diminue les capacités physiques, et que cela a une influence sur le poids.

« J'ai des copines qui allaient marcher, je n'allais pas marcher avec elle mais elles m'invitaient quand même à manger, j'ai donc pris du poids ».

Certaines personnes (n=3) contrôlent leur alimentation dans le but de ne pas prendre de poids en raison de la diminution de l'activité physique.

« Le fait d'avoir trop de poids va créer des douleurs ». « C'est clair que si j'ai des douleurs, j'ai moins d'activité j'vais prendre du poids, et mentalement et physiquement je serai moins bien ».

Parfois, la peur de prendre du poids engendre un contrôle intense de l'alimentation et une restriction cognitive (n=2).

« Si je peux pas faire ce sport, si je ne peux pas me défouler, ça veut dire que je devrais faire attention à ce que je mange. Tandis qu' 'en sachant que je vais faire du sport, je peux me permettre plus facilement quelque chose ».

Ebauche de questionnaire

Le contenu et la structure du questionnaire ont évolué tout au long de l'étude. Pour construire la première partie de l'ébauche de questionnaire, axée sur la douleur, deux outils destinés à l'adulte proposés par l'institut UPSA (17) sont choisis. Le premier détermine la topographie de la douleur et le second évalue l'intensité de la douleur. Ces outils sont sélectionnés car ils correspondent aux recommandations de l'ANASES (5), sont destinés aux patients qui ont des douleurs physiques sur le long terme (communication adaptée) ; et sont en français. Afin de compléter cette évaluation, deux critères de classification de la douleur chronique selon l'IASP (1) sont sélectionnés. L'un permet de recenser les caractéristiques de la douleur, quant au second il détermine l'étiologie de la douleur. Les critères concernant la région corporelle touchée par la douleur et l'intensité de la douleur sont exclus puisqu'ils sont déjà abordés par les outils de l'institut UPSA (17). Le critère concernant le système défectueux à l'origine de la douleur est également exclu car trop spécifique pour une personne qui n'est pas un professionnel de la santé.

La deuxième partie est construite sur la base des résultats de la revue de littérature. Des éléments sont ajoutés et précisés après chaque analyse d'entretien qualitatif. Les questions sont retravaillées et reformulées pour englober tous les aspects de l'étude et pour adapter la communication au public cible. Les questions sont de type « fermées » et la nature de

l'information recherchée porte sur les faits. Les réponses sont présentées sous forme d'échelles de Likert, indiquant le degré d'accord ou de désaccord (47).

L'essai du questionnaire auprès de deux individus externes a largement contribué à son amélioration (adaptation notamment de la forme et du contenu). Il en résulte une version de questionnaire à validité faciale (annexe 21).

Discussion

Réponses aux questions de recherche

Les résultats de l'étude répondent aux deux questions de recherche, qui sont : « Comment la douleur physique chronique modifie les prises alimentaires chez les adultes caucasiens âgés de 18 à 65 ans ? » et « Quels éléments en lien avec les prises alimentaires sont modifiés lors de douleur physique chronique chez les adultes caucasiens âgés de 18 à 65 ans ? ». Lors de l'étude, la récolte de données n'est pas arrivée à saturation. C'est-à-dire que nos entretiens apportaient toujours de nouveaux thèmes ou nouveaux éléments.

La douleur physique chronique réduit l'envie de manger, accentue ou diminue le plaisir lié aux prises alimentaires et la quantité d'aliments consommés. Elle perturbe les sensations alimentaires (faim et satiété) et modifie les choix des aliments (saveur, température et pH).

La douleur physique chronique affecte indirectement les prises alimentaires en modifiant le sommeil et l'état psychologique. Les traitements (y compris régimes) pour diminuer la douleur, la diminution de l'activité physique induisant un contrôle du poids, entraînent des modifications des prises alimentaires.

La capacité à faire les courses, cuisiner et se nourrir seul est modifiée lors de douleur physique chronique mais aucune influence sur les prises alimentaires n'est observée. La fréquence des repas en société est limitée lors de douleur, ce qui entraîne une diminution des prises alimentaires (quantités) pour les personnes qui n'apprécient pas manger seules. (annexe 17).

Risque d'obésité en lien avec la douleur physique chronique

Les résultats de la revue de littérature démontrent que la douleur physique chronique engendre à long terme une augmentation des apports énergétiques par le biais :

- d'un défaut du soulagement de la sensation de faim ;
- d'une augmentation de la consommation de chocolats pour se reconforter d'un sentiment d'injustice ;
- des goûts alimentaires déçus tant pour les aliments appréciés que non appréciés.

Lors de l'analyse qualitative, des résultats similaires sont observés. Selon l'échantillon (n=4), la douleur engendre des émotions primaires de tristesse, de colère et de peur. Les participants sont parfois grincheux, de mauvaise humeur, démoralisés, tristes, angoissés ou frustrés, et ses émotions engendrent des changements du comportement alimentaire

Une revue de littérature datant de 2003 souligne que les participants souffrant de dépression, subissent plus difficilement leurs douleurs par rapport au groupe contrôle (48) La dépression est associée à des modifications affectives et cognitives pouvant induire des sensations corporelles d'intensité plus élevée. (48). « La présence de douleur chez des patients déprimés est associée à une symptomatologie dépressive plus sévère » (48). « L'expérience clinique et les données de la littérature nous mènent à réfléchir à l'association de ces deux pathologies en terme d'influence réciproque, de coexistence ou encore d'aller-retour, plutôt qu'en terme de lien de causalité linéaire. » (48) La dépression et la douleur chronique sont donc liées. En 2007, 66,3% de la population suisse présentent des symptômes dépressifs moyen à sévère souffrent de troubles physiques associés (49).

Selon l'échantillon (n=4), lorsque les participants ressentent des émotions négatives, ils consomment des aliments palatables, parfois de manière déstructurée, afin d'avoir du plaisir, de compenser ou de se reconforter.

Selon l'institut national de la recherche agronomique (INRA) (20), les besoins de maintenir l'humeur sont parfois compensés par des prises alimentaires compulsives. L'objectif est de soulager une tension émotionnelle et de combler un manque affectif. Cela peut s'expliquer par un processus physiologique. Lors de l'ingestion d'aliments, les signaux sensoriels activent les « centres de la récompense » (le striatum dans le cerveau), surtout lorsque les aliments sont « palatables » : Ils provoquent alors un plaisir sensoriel qui augmente la prise alimentaire à court terme (20). Lors de la consommation de ces aliments, le système de récompense est activé et augmente la perception du plaisir lié aux aliments. Ce système prédomine sur celui de la régulation énergétique, ce qui entraîne un dépassement du seuil de satiété par une surconsommation d'aliments à haute densité énergétique (20). Les aliments palatables sont prioritairement ceux qui sont gras, sucrés et salés (20).

Zermati (50) affirme également que, lorsque les émotions négatives sont trop fortes, cela entraîne une motivation à la consommation d'aliments « reconfortants ». « La surconsommation (...) se porte prioritairement sur des aliments palatables car ils sont susceptibles d'apporter rapidement une récompense qui aura tendance à diminuer le stress » (20). La consommation d'aliments palatables augmente l'intensité des émotions positives ou réduit l'intensité des émotions négatives. Cette consommation a aussi la particularité de diminuer les sensations corporelles déplaisantes liées à l'émotion négative (51).

Ce phénomène peut engendrer des apports énergétiques supérieurs aux besoins énergétiques.

Les éléments précités supposent un risque plus élevé d'obésité chez les personnes souffrant de douleur physique chronique non intense (évaluée en dessous de 7 sur une échelle de 0 à 10). D'autres résultats de l'analyse qualitative renforcent cette hypothèse. Selon l'échantillon (n=3), lors d'insomnies en lien avec la douleur physique chronique, l'envie de manger est présente et ils grignotent. Dans cette situation, les prises alimentaires ne sont pas nécessairement motivées par une émotion négative.

Selon l'article « Troubles du sommeil et douleur : le bon hypnotique ? », La prévalence des troubles du sommeil chez les personnes ayant des douleurs chroniques varie entre 50 et 70% en fonction des études (52). Les douleurs chroniques diminuent l'efficacité du sommeil (fragmentation du sommeil). Le sommeil léger augmente au détriment du sommeil profond. Inversement, le manque de sommeil (principalement le sommeil profond) diminue la tolérance à la douleur. Ces deux facteurs sont donc interdépendants et peuvent entraîner les patients dans un cercle vicieux.

Le manque de sommeil peut avoir un impact sur les prises alimentaires. Selon l'article « sommeil court et risque d'obésité » (53), le sommeil augmente la sécrétion de leptine, hormone anorexigène, et diminue la sécrétion de ghréline, hormone orexigène. « (...) Une durée de sommeil insuffisante favorise le risque d'obésité (...) par une altération de la régulation neuroendocrinienne de l'appétit ». Les sensations alimentaires peuvent donc être perturbées lorsque le sommeil est de mauvaise qualité.

Ces éléments démontrent la corrélation entre la douleur physique chronique et les prises alimentaires lors de troubles du sommeil ». Toutefois, les prises alimentaires nocturnes ne sont pas formellement étudiées. Puisque la littérature est restreinte à ce sujet, il est possible d'émettre les hypothèses suivantes : Les prises alimentaires nocturnes peuvent être motivées par un besoin de réconfort. Les réveils nocturnes causés par la douleur peuvent entraîner une

émotion négative telle que de l'agacement ou un sentiment d'injustice. Il est possible que les prises alimentaires lors d'insomnie soient perçues comme une solution aux insomnies basée sur des croyances populaires. Il est probable que les prises alimentaires nocturnes soient motivées par l'ennui et considérées comme une occupation durant les insomnies.

Les résultats qualitatifs liés à certains articles démontrent l'impact de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires. Dans ces situations, les participants de l'étude présentent des risques d'apports énergétiques excessifs dus à leur douleur physique chronique. Nous pensons qu'il est important de connaître ce risque car cela peut engendrer une prise pondérale importante, qui peut péjorer l'état psychologique du patient. Par ailleurs, une prise de poids considérable peut ébranler l'image de soi ainsi que l'estime de soi ; parfois associée à un trouble dépressif. Le patient se retrouve alors dans une spirale infernale entre prises alimentaires et dépression. (Figure 8).

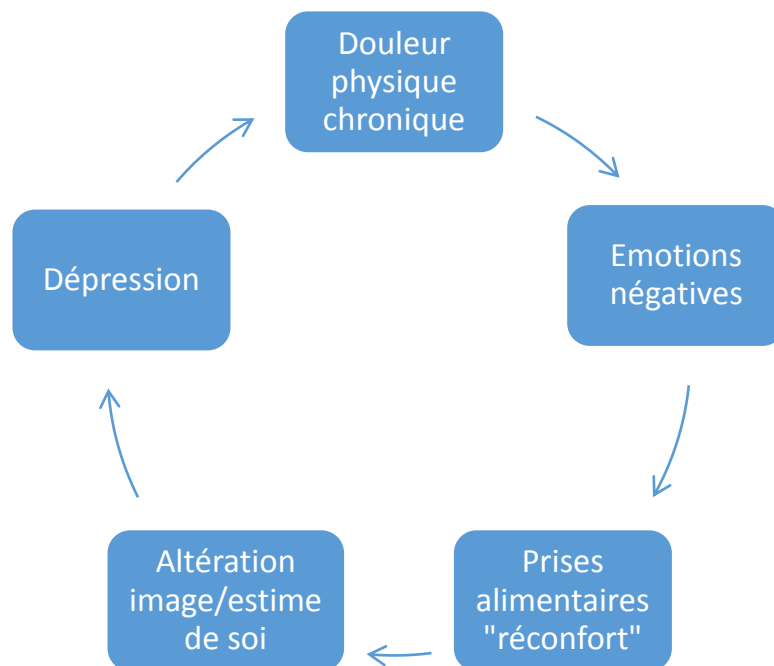


Figure 8 : Spirale infernale douleur, prises alimentaires et dépression

De plus, nous avons pu observer, grâce aux entretiens qualitatifs, que la douleur physique chronique entraîne une diminution de l'activité physique. Chez certains participants, cela s'accompagne d'une prise pondérale et/ou d'une peur, plus ou moins importante, de prendre du poids. Pour l'une des personnes interviewées, une restriction cognitive a été observée, dans le but de contrôler le poids suite à l'arrêt du sport. Il semble important de faire un lien entre la douleur physique chronique et l'arrêt d'une activité sportive. L'activité physique est un facteur protecteur pour l'obésité, le syndrome dépressif et la douleur. En effet, une activité physique entraîne une sécrétion endogène de peptides opioïdes ; ce qui a pour effet d'augmenter la tolérance à la douleur sans en modifier le seuil ainsi que de diminuer les troubles anxieux et dépressifs. (54). Une activité physique régulière permet d'augmenter les besoins énergétiques du corps et donc de lutter contre la prise de poids. (55).

L'obésité est connue pour être un facteur de risque du syndrome de l'apnée du sommeil (SAS) selon la Ligue Pulmonaire Suisse. Il s'agit d'un trouble respiratoire nocturne défini par une diminution ou un arrêt périodique de la ventilation. Il est associé à une somnolence diurne. Cela concerne environ 4% des hommes de 30 à 60 ans ; et 2% des femmes du même âge

(52). Puisque la douleur et les troubles du sommeil peuvent être corrélés, tout comme les troubles du sommeil et les risque d'obésité, il est imaginable que la population étudiée lors de ce travail entre dans un cercle vicieux associant douleur, troubles du sommeil, dérégulation hormonale, prise de poids.

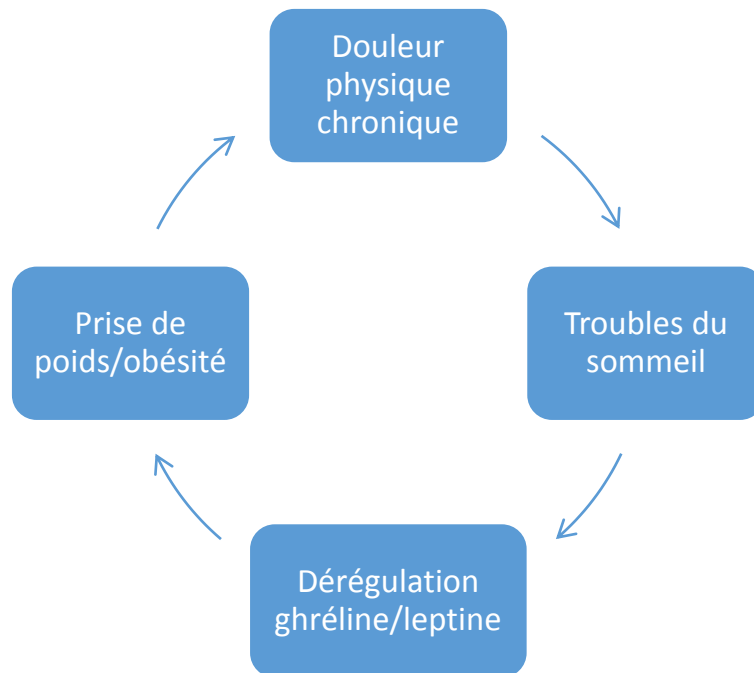


Figure 9 : Cercle vicieux douleur, troubles du sommeil, prise de poids

Afin de restreindre l'altération de l'état nutritionnel (pouvant entraîner un syndrome métabolique), l'importance d'une prise en charge devient évidente pour les personnes exposées à un tel cercle vicieux (figure 9).

Risque de dénutrition en lien avec la douleur physique chronique

D'après la revue de littérature, aucun facteur ne suggère une diminution des prises alimentaires lors de douleur physique chronique. Pourtant, les résultats de l'analyse qualitative révèlent que lors de douleur physique chronique en phase intense (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), les apports énergétiques (quantité d'aliments consommés (n=3)) diminuent par le biais :

- d'une diminution de l'envie de manger ou de l'appétit (n=5) ;
- d'une diminution de la sensation de faim (n=3 ;)
- d'une diminution de plaisir lié aux prises alimentaires (n=2) ;
- d'un contrôle des prises alimentaires lors de régimes pour soulager la douleur (n=5).

Nous observons qu'il y a un lien entre la douleur intense et la diminution de l'appétit. L'apparition et la persistance de douleurs sont reliées à un taux anormalement élevé de cytokines pro-inflammatoires, telles que les interleukines 1, 6 et 8 ainsi que le TNF- α (tumor necrosis factor alpha). Elles peuvent agir sur de nombreuses cellules qui n'ont pas de relations fonctionnelles, en situation physiologique « normale ». Le processus inflammatoire est maintenu par ces cytokines, ce qui peut expliquer la relation entre plusieurs pathologies et les douleurs associées (56).

Selon l'article « malnutrition chez les patients en médecine interne », les pathologies, tant aiguës que chroniques, sont liées à une diminution des apports énergétiques, à une perte

d'appétit et une diminution de la masse maigre et de la masse grasse. Cela peut entraîner une dénutrition qui est majoritairement due à la sécrétion de cytokines pro-inflammatoires. La réaction inflammatoire, en réponse au stress, provoque une augmentation de l'insulino-résistance, du catabolisme et une diminution de l'appétit par des mécanismes complexes.

Le stress physiologique, traduit par un taux élevé de cytokines, entraîne une augmentation du catabolisme et une diminution de l'appétit. Suite à ces données et aux résultats, La supposition suivante est formulée : la douleur potentialise les effets précités et augmente le risque ou l'état de dénutrition. Il paraît donc évident que les personnes souffrant de douleur physique chronique avec des phases d'intensité élevée (évaluée entre 7 et 10 sur une échelle de 0 à 10), représente une population à laquelle il faut être particulièrement attentif en tant que professionnel de la nutrition. Des interventions nutritionnelles adaptées au patient (conseils d'enrichissement, de fractionnement, mise en place de nutriments artificielles) sont nécessaires pour préserver/améliorer l'état nutritionnel.

Il est constaté que plusieurs régimes sont proposés à l'échantillon (n=5) par leur entourage, leur médecin, leur coach en nutrition ou leur naturopathe. Ces régimes consistent, en principe, à éliminer des aliments spécifiques, sans évidence scientifique et sans cohérence. Les aliments les plus souvent incriminés sont le pain, le fromage et les viandes. Un régime sans gluten et un régime dans le but de perdre du poids sont également proposés chez les participants de notre étude.

En 2013, la consommation de fromage par habitant, (tout fromage confondu), représente 21,05 kg (57) et la consommation de viande en Suisse est de 50,5 kg par personne (58). La Société Suisse de Nutrition (29) recommande trois portions de produits laitiers par jour ce qui représente 90g grammes de fromage à pâte dure et 180g de fromage à pâte molle. Sur une année cela représente un totale de 32,8 kg de fromage à pâte dure 65,7 kg de fromage à pâte molle. Pour la viande, la recommandation est de 120g par jour ce qui représente 43,8kg de viande par habitants par ans.

Selon le 6ème rapport de la nutrition en suisse (28), environ 40% de l'apport en protéines se présente sous forme de viande, environ 30% sous forme de produits laitiers, environ 20% proviennent des produits céréaliers et environ 10% proviennent des poissons, crustacés et œufs (principale source de protéines). En France, 71% de la population consomme moins de 28kg de fromage par ans et 50% de la population consomme plus de 65kg de viande par année (59). Ces chiffres soulignent l'importance des produits laitiers ainsi que de la viande au sein de la population européenne.

Lorsqu'un régime d'éviction est proposé, il n'y a pas d'informations nutritionnelles visant à remplacer les produits laitiers ou les produits carnés par d'autres aliments source de protéines. Cela entraîne donc un déséquilibre alimentaire pouvant favoriser la malnutrition chez des personnes exprimant une douleur.

Bien que non fondés sur des preuves scientifiques, les différents régimes présentés peuvent convenir à certaines personnes et les soulager de leur douleur. Il est possible qu'il y ait encore des mécanismes inconnus, ou que ce soit du à l'effet « Placebo ». Nous recommandons tout de même aux patients souhaitant suivre un régime d'éviction de certaines catégories d'aliments de prendre le temps de se renseigner sur les différentes

Biais

Biais liés à l'échantillonnage

La validité externe n'est pas optimale car le nombre de personnes interrogées reste relativement petit. Toutefois, il est hétérogène. Il y a un biais de sélection lié à la méthode

d'échantillonnage. Les auteures ont recrutés des participants au sein de leur entourage (sept participants sur neuf étaient des relations directes). Un lien direct entre enquêteurs et enquêtés est donc fréquemment présent. Cette relation entraîne, soit un lien de confiance soit de la difficulté à partager des éléments privés.

Biais liés à l'échantillon

Biais de mémoire

Certaines questions exigeaient de la part des enquêtés un effort de mémoire ; ceci dans le but d'obtenir le souvenir des différents intensités de leurs douleurs. Les participants ont parfois de la peine à se souvenir d'un évènement lorsqu'un laps de temps s'est écoulé. Les questions et thèmes mentionnés sont souvent imprévus et les participants n'y avaient pas songé. Il n'est pas toujours aisé de répondre directement à des questions liées à des faits auxquels on n'avait pas prêtés attention.

Biais liés aux représentations de la profession de diététicienne

La compréhension des questions des participants est biaisée par leurs représentations de la diététique. Les participants orientent leurs réponses sur des thèmes comme le poids, la cinétique pondérale, les régimes, l'influence de l'alimentation sur la douleur.

Capacité d'introspection

Il y a une hétérogénéité la capacité d'introspection. Certains participants ont plus de facilité à identifier les impacts de la douleur sur leurs prises alimentaires. Cela influence le contenu et la qualité des résultats de l'analyse qualitative.

Biais liés à la méthodologie

Les articles de la revue de littérature ne sont pas sélectionnés de manière systématique. Une auteure choisit si les articles sont pertinents, sans contrôle par le second chercheur. L'élaboration de la trame d'entretien semi-dirigé est basée sur la revue de littérature mais également également sur les attentes des auteures et leurs propres représentations. Les questions peuvent être dirigées et induire des réponses souhaitées par l'auteure.

Limites

L'objectif initial était de mener l'étude dans le domaine clinique. Néanmoins, un accord de la commission d'éthique était nécessaire, afin de se conformer à la nouvelle loi relative à la recherche sur l'être humain. L'étude a dû être réorganisée et la nouvelle méthode d'échantillonnage implique plus de biais, car les participants sont recrutés au sein de l'entourage des auteures.

En raison du manque de littérature, notamment scientifique et prouvée, il a été nécessaire d'émettre des hypothèses.

Les enquêteurs s'adressent aux personnes qu'ils connaissent en raison de la localisation géographique des enquêtés. L'une des auteures a effectué plus d'entretiens car elle avait moins de frais de transport.

Facteurs de confusion

Les traitements médicamenteux ont été investigués auprès des participants. Ils peuvent avoir une influence sur les prises alimentaires ainsi que la régulation de l'appétit. « Les médicaments sont fréquemment responsables d'une réduction de la prise alimentaire mais ce problème est souvent méconnu et non pris en compte par le corps médical. Les mécanismes impliqués sont variés : xérostomie, lésions buccales, troubles du goût et de l'odorat, troubles digestifs, anorexie » (60). Les pathologies souvent directement liées à la douleur des différents participants sont recensées. Selon la nature de la pathologie et les symptômes qu'elle

provoque, il peut y avoir une influence sur les prises alimentaires. Les troubles digestifs (indépendant de la pathologie) peuvent également avoir une influence. Les troubles du comportement alimentaire ont été évalués auprès des participants à l'aide du BITE. L'état psychologique peut influencer les résultats. « Douleurs chroniques et dépression sont fréquemment associées. Leurs liens complexes sont de mieux en mieux documentés. Il est entre autre connu que la dépression s'accompagne d'une augmentation du nombre et de l'intensité des plaintes douloureuses. Réciproquement, la présence de douleurs complexifie le diagnostic et aggrave le pronostic de la dépression» (48). Le niveau socio-économique et le niveau d'éducation sont des facteurs qui ont également une influence sur les prises alimentaires (budget consacré aux courses, sensibilisation et notions d'équilibre alimentaire).

Points forts

L'échantillon sélectionné est hétérogène et neuf entretiens semi-dirigés ont été effectués. Lors du dernier entretien, aucun nouvel élément n'a émergé.

La recherche qui est effectuée et l'intérêt pour une thématique novatrice et peu explorée dans le domaine scientifique. Le choix de la méthodologie d'étude est également un point fort, car l'approche qualitative permet une exploration plus approfondie du sujet.

L'organisation du travail s'est déroulée comme prévue et le calendrier a été respecté. L'entente au sein du binôme permet une flexibilité, une bonne coordination et un travail efficace. De plus, la motivation et l'énergie, les remises en question sont fréquentes, et le fil conducteur est davantage assuré.

Les principes d'éthique de respect de l'autonomie (respect des choix et des positions personnelles et des décisions qui en découlent), de bienfaisance (l'obligation d'agir pour le bien-être des autres), de non malfaisance (l'obligation de ne pas faire de mal aux autres), de justice (l'obligation de traiter les cas égaux de la même manière) sont respectés lors de cette étude. Une attention particulière est portée sur le consentement libre et éclairé, sur le non jugement, sur l'anonymat des données ainsi que sur le libre choix. Les participants ont signé un document de consentement et ont été informés du devenir des données.

Conclusion

Ce travail présente différents effets possibles de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires.

Les résultats qui découlent de cette étude « pilote » démontre l'intérêt d'étudier de manière quantitative l'influence de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires. Il s'agit d'investiguer précisément les corrélations entre douleur physique chronique et prise de poids, ainsi que douleur physique chronique avec phases d'intensité élevée et dénutrition. Un objectif intéressant serait de rejeter, grâce à une étude statistique, de rejeter les hypothèses nulles : « La douleur physique chronique n'augmente pas les prises alimentaires » et « La douleur physique chronique ne diminue pas les prises alimentaires ».

Les résultats de l'analyse qualitative donnent des pistes de réflexions sur la problématique de la douleur lors de prises en charge diététiques.

Les participants de l'étude font partie d'un groupe à risque de malnutrition. La malnutrition devrait être dépistée chez ces personnes. Lors d'un score indiquant un risque de malnutrition, le patient devrait entrer dans le processus de soins en nutrition (PSN) (61). Le diététicien-ne effectue une évaluation nutritionnelle, définit des indicateurs, établit un diagnostic ainsi qu'une intervention, tous deux nutritionnels, puis il ou elle évalue à nouveau la situation nutritionnelle du patient à l'aide des indicateurs.

La création et la validation du questionnaire aura pour but de dépister la malnutrition chez les personnes présentant une douleur physique chronique, et d'établir des priorités nutritionnelles au sein de cette même population à risque.

La prise en considération de la douleur lors du traitement de l'obésité ou de la dénutrition par le professionnel de la nutrition, permet d'obtenir une vision plus globale de la situation nutritionnelle du patient. Prendre en compte cet aspect lors de l'intervention nutritionnelle permet un gain de qualité dans la prise en charge diététique du patient. Le but de créer et de valider un questionnaire visant à connaître l'impact de la douleur physique chronique sur les prises alimentaires permettrait d'évaluer le rôle de cette douleur dans les problématiques nutritionnelles du patient.

Perspectives

La validation du questionnaire permettant aux professionnels de la nutrition d'investiguer les modifications des prises alimentaires en lien avec la douleur physique chronique. Une telle démarche serait effectuée à l'aide d'un design de type cas-témoin prospectif. Le questionnaire serait testé avec un échantillon de personnes plus grand. Les facteurs de confusion de l'hypothèse seraient déterminés et permettraient de constituer de deux groupes répartis équitablement (matching). Les prises alimentaires des personnes présentant de douleurs physiques chroniques seraient comparées aux prises alimentaires des personnes dépourvus de douleurs physiques chroniques.

Auto-évaluation

Savoir

Des connaissances plus spécifiques et plus approfondies ont été acquises grâce au travail de recherche. Entre autres, les domaines d'étude suivants ont été enrichis : la régulation de l'appétit, la dénutrition, le surpoids, l'obésité, ainsi que la méthode qualitative ou encore la création de questionnaires.

Les connaissances en termes de mécanismes physiologiques de la douleur auraient pu être davantage explorées. Cela aurait éventuellement permis de créer davantage de liens avec les résultats et d'émettre encore des pistes de réflexions.

Savoir être

Lors du travail, une attitude professionnelle a été adoptée. Nous avons été organisées, coordonnées, ponctuelles et motivées. Nous avons présenté une image positive de la profession lors de nos entretiens. Nous avons travaillé en collaboration et de manière systématique au sein du binôme ainsi qu'avec notre responsable de travail de Bachelor.

Les différents principes éthiques ont été respectés ainsi que les règles imposées par la Haute Ecole de Santé.

Savoir faire

Nous avons enrichi et mis en pratique nos connaissances en matière d'analyse qualitative. La recherche de littérature scientifique, tant les questionnaires que les articles scientifiques, nous a permis d'acquérir des compétences de recherche dans les différentes bases de données spécialisées et d'en extraire des articles de qualité.

Nous avons tâché de mobiliser les ressources nécessaires, tant humaines que matérielles, afin de combler nos lacunes.

Nous avons mené des entretiens qualitatifs semi-dirigés en nous fonction de nos connaissances en matière de communication. La création de trame d'entretien ainsi que l'analyse d'entretien sont devenues des ressources utilisables à l'avenir. En effet, de telles pratiques qui, jusqu'alors n'étaient pas exploitées, nous semble désormais familières et accessibles.

Le questionnaire BITE a été utilisé, et nous jugeons plus judicieux d'utiliser le questionnaire d'évaluation des habitudes alimentaires et activités physique de l'ASDD. En effet, le BITE est très spécifique pour l'anorexie et la boulimie, mais n'identifie pas les personnes hyperphagiques ainsi que les personnes ayant une restriction cognitive.

Finalement, nous aurions pu étudier de manière encore plus approfondie les habitudes et les comportements alimentaires des participants. Effectivement, cela nous aurait permis de découvrir si la douleur était la cause des modifications de l'alimentation ou s'il s'agissait d'habitude alimentaire antérieures à la survenue de la douleur physique chronique.

Références Bibliographique

1. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy [En ligne]. International Association for the Study of Pain ; 2015 [consulté le : 28.05.2015]. Disponible : <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
2. Jousselein C. Evaluer la douleur. Douleur analg. 2013;(26):180-183.
3. Melzack R. L'aspect multidimensionnel de la douleur. Paris : Maloine ; 1997.
4. Sol JC, Chaynes P, Lazorthes Y. Chapitre 2 Douleurs : bases anatomiques, physiologique et psychologiques [En ligne]. Toulouse : Université Toulouse III Paul Sabatier [consulté le 22.04.2015]. Disponible : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_02.pdf
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. [En ligne]. 1999 [consulté le 29.05.2015]. Disponible : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>
6. Marieb E, Hoehn K. Anatomie et physiologie humaine. Montréal : Les Editions du Renouveau Pédagogique (ERPI) ; 2010.
7. Purves D, Augustin GJ, Fitzpatrick D, Hall WC, LaMantia AS, McNamara JO et al. Neurosciences – traduction de la 4ème édition américaine. Belgique : Groupe De Boeck ; 2011.
8. Bouhassira D, Calvino B. Douleurs : physiologie, physiopathologie et pharmacologie [En ligne]. Arnette ; 2009 [consulté le 28.05.2015]. Disponible : <https://books.google.ch/books?id=6n1uBAAAQBAJ&pg=PT50&dq=douleurs+chroniques&hl=fr&sa=X&ei=ohMtVYebK8faPNjggKgD&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=douleurs%20chroniques&f=false>
9. Bouhassira D, Attal N. Douleurs neuropathiques [En ligne]. Arnette ; 2012 [consulté le 28.05.2015]. Disponible : <https://books.google.ch/books?id=hIBuBAAAQBAJ&pg=PT41&dq=douleurs+chroniques&hl=fr&sa=X&ei=ixMtVca0BYPfOKTlgKgH&ved=0CCgQ6AEwAA#v=onepage&q=douleurs%20chroniques&f=false>
10. Société d'étude et de traitement de la douleur et Ministère de la Santé et de la Protection sociale. La douleur en question [Brochure].2004 [consulté le 22.04.2015]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_douleur_en_questions-2.pdf
11. Merskey H. Classification of chronic pain [En ligne]. 1994. [consulté le 28.05.2015]. Disponible : <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
12. Von Korff M, Dunn KM. Chronic pain reconsidered. Pain. 2008;(138):267-76.
13. Allaz AF, Pigué V. Douleurs chroniques, quelle définition ? Rev Med Suisse. 2009; (208):1347-1348.
14. Société Suisse pour l'étude de la douleur (SSED). Syndrome douloureux [En ligne]. SSED ; 2015 [consulté le 28.05.2015]. Disponible : <http://www.pain.ch/index.php?id=81&L=1&L=1>
15. Haute Autorité de Santé (HAS). Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient : consensus formalisé [En ligne]. Paris:HAS ;2008 [consulté le : 28.05.2015]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_recommandations.pdf

16. UpToDate. Evaluation of chronic pain in adults [En ligne]. UpToDate; 2015 [consulté le : 28.04.2015]. Disponible : http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-chronic-pain-in-adults?source=related_link
17. Institut UPSA de la douleur. Echelles adultes [En ligne]. France;2006 [consulté le : 4.05.2015]. Disponible : <http://www.institut-upsa-douleur.org/iudtheque/outils-evaluation-de-la-douleur/echelles-adultes>
18. Rieder C. Plaintes douloureuses au cabinet du praticien : comment sortir d'un « doux » leurre chronique. Rev Med Suisse. 2012;8(325):166-8.
19. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Chen R et Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain. 2006;287–333.
20. Larousse. Ingesta [En ligne]. Paris: Editions Larousse; 2015. [Consulté le 1.06.2015]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ingesta/43068?q=Ingesta#42971>
21. Gouvernement français. Les comportements alimentaires [En ligne]. 2010 [consulté le 9 .06.2015]. Disponible: <http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/esco-inra-comportements-synthese.pdf>
22. Sobotka L. Basics in Clinical Nutrition. Prague: ESPEN Galén; 2011.
23. Confédération Suisse/ Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV. Graisse dans la nutrition [En ligne]. Suisse Office fédéral de la santé publique 2013 [consulté le 1.06.2015]. http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05108/05869/index.html?lang=fr#sprungmark_e1_25
24. Confédération Suisse/ Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV. Les protéines dans l'alimentation : Recommandations [En ligne]. Suisse Office fédéral de la santé publique 2011 [consulté le 1.06.2015]. http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05108/05869/index.html?lang=fr#sprungmark_e1_30
25. Confédération Suisse/ Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV. Recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation concernant l'apport en hydrates de carbone : en bref [En ligne]. Suisse Office fédéral de la santé publique 2009 [consulté le 1.06.2015]. http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05108/05869/index.html?lang=fr#sprungmark_e1_62
26. Kondrup J et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clinical Nutrition [En ligne]. 2003 [consulté le 1.06.2015]. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561402002145>
27. Office mondiale de la santé. Obésité et surpoids [En ligne]. 2015; [consulté le 1. 06.2015]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
28. Confédération Suisse. 6ème rapport de la nutrition en Suisse [En ligne]. 2012 [consulté le 1.06.2015]. Disponible: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/13259/13359/13433/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKfIJ2f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- 6ème rapport sur la nutrition en suisse
29. Société Suisse de Nutrition. Pyramide Alimentaire Suisse [En ligne]. Bern: Société Suisse de Nutrition SSN ; 2011 [mis à jour 2014. Consulté le 1. Juin. 2015]. Disponible: http://www.sge-ssn.ch/media/medialibrary/2014/10/_sge_pyramid_long_F_2014.pdf
30. Organisation mondiale de la santé. L'OMS appelle les pays à réduire l'apport en sucres chez l'adulte et l'enfant [En ligne]. Genève: 2012 [consulté le 03.07.2015]. Disponible: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/sugar-guideline/fr/>

31. Société Suisse de Nutrition Clinique. Malnutrition, directive de codage de la malnutrition [En ligne]. Suisse ; 2014 [consulté le 1.06.2015].
<http://www.ssnc.ch/index.cfm?r=73&q=76&i=104&&CFID=60242434&CFTOKEN=82774191>
32. Meigs JB. The metabolic syndrome (insulin resistance syndrome or syndrome X) [En ligne]. UpToDate;2015 [consulté le 1.06.2015]. Disponible:
http://www.uptodate.com/contents/the-metabolic-syndrome-insulin-resistance-syndrome-or-syndrome-x?source=search_result&search=syndrome+métabolique&selectedTitle=1%7E150#H2
33. Maxwell JA. La modélisation de la recherche qualitative: une approche interactive. Fribourg : Éditions universitaires ; 2000.
34. Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (1^{er} janvier 2014) [En ligne] Suisse : Assemblée fédérale de la Confédération suisse; 2014 [consulté le : 15.06.2015]. Disponible : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20061313/index.html>
35. Moen E, Clifford N. Evolution of the PDCA Cycle. [En ligne]. [consulté le : 14.12.2014]. Disponible : <http://kaizensite.com/learninglean/wp-content/uploads/2012/09/Evolution-of-PDCA.pdf>
36. Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod; 2006.
37. Leknes S. How does pain affect eating and food pleasure?. Pain; 155: 652-653.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.027>
38. Bastian B, Jetten J, Stewart E. Physical pain and guilty pleasure. Soc Psychologie; 4 (2): 215-219. DOI: 10.1177/1948550612451156
39. Geha. P, DeAraujo I, Green B, Small D M. Decreased food pleasure and disrupted satiety signals in chronic low back pain. Pain. [En ligne]. 2014 [consulté le 12.04.2015]; 155: 712-722. Disponible: http://ac.els-cdn.com/S0304395913006908/1-s2.0-S0304395913006908-main.pdf?_tid=fd8eb46-0f4f-11e5-acbf-0000aacb361&acdnat=1433927374_82649b6a0b7622b0969a85698613f545
40. Bastian B, Jetten J J, Hornsey M. Gustatory pleasure and pain. The offset of acute physical pain enhances responsiveness to taste. Appetite [En ligne]. 2014 [consulté le 9 juin 2015]; 72:150-155. Disponible: http://ac.els-cdn.com/S0195666313004212/1-s2.0-S0195666313004212-main.pdf?_tid=46770256-0f53-11e5-9463-0000aab0f26&acdnat=1433928784_8276698cd29c5dea64f1661265ae0d6a
41. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist [En ligne]. 1969 [consulté le 15.07.2015];9(3):179-186. Disponible :
http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf
42. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist [En ligne]. 1970 [consulté le 15.07.2015];10(1):20-30. Disponible : http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf
43. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. J Clin Epidemiol 1998;51(11):1013-23.
44. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. Social Science&Medicine 1981;15A:221-9.

45. Brooks R and the EuroQol group. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:53-72.
46. Guelfi JD, Criquillion-Doulet S. *Dépression et syndromes anxio-dépressifs*. Laboratoires Ardix, 1993.
47. Abrial S, Bozonnet JP, Frédéric Gonthier F, Louvel S, Tournier V. *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Presses Universitaires de Grenoble; 2011.
48. Rentsch D, Andreoli A, Piguet V, Cedraschi C, Cedraschi C, Dr Luthy C et al. Douleur et dépression : un aller-retour ? *Rev Med Suisse [En ligne]*. 2009 [consulté le 03.07.15];208:1364-1369. Disponible: <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-208/Douleurs-chroniques-et-depression-un-aller-retour>
49. Observatoire suisse de la santé (OBSAN). *Santé mentale, maladie et handicap [En ligne]*. Neuchâtel : OBSAN; 2013 [consulté le 03.07.15]. Disponible: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/04.html?publicationID=5192>
50. Zermati J-P, Apfeldorfer G. Pour un nouveau paradigme de l'obésité: 2009. doi: 10.1007/s11690-009-0185-1
51. Pickering G, Margot-Duclot A. Le triptyque de la douleur, de la cognition et de l'émotion. 2006. doi : 10.1007/s11724-006-0018-z
52. Reynard Ch, Fitting J.-W, Syndrome d'apnée du sommeil. *Rev Med Suisse [En ligne]*. 2000 [consulté le 03.07.15];2325: Disponible: [file:///Users/sophiekaufmann/Dropbox/Travail%20de%20Bachelor%20\(1\)/Revue%20de%20littérature/Discussion/Syndrome%20d'apnées%20du%20sommeil%20-%20revmed.webarchive](file:///Users/sophiekaufmann/Dropbox/Travail%20de%20Bachelor%20(1)/Revue%20de%20littérature/Discussion/Syndrome%20d'apnées%20du%20sommeil%20-%20revmed.webarchive)
53. Guyon A, Spiegel K. Sommeil court et risque d'obésité. 2015. doi: 10.1007/s11690-014-0415-z
54. Institut UPSA de la douleur. *La douleur, des recommandations à la pratique [En ligne]*. 2012 [consulté le 03.05.07]. Disponible: <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PERIODIQUES/Drp/institut-upsa-douleur-periodique-recommandations-pratique-13.pdf>
55. Association Suisse pour l'étude du métabolisme et de l'obésité (ASEMO). *Consensus pour le traitement de l'obésité en Suisse II [En ligne]*. 2006 [consulté le 03.07.15]. Disponible: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:o3L3lb8ZgVYJ:www.saps.ch/de/infos/dokumente/category/11-publikationen.html%3Fdownload%3D11:Consensus%2520sur%2520le%2520traitement%2520de%2520l'ob%25C3%25A9sit%25C3%25A9%2520en%2520Suisse%2520II+%&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch&client=safari>
56. Meunier L, Braz J, Cesselin F, Hamon M, Pohl M. Inflammation et douleur : thérapie génique expérimentale [En ligne]. 2004 *Médecine/science* [consulté le 03.07.2015]. Disponible: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d6WQIE9FNXwJ:www.inserm.fr/content/download/10203/76113/version/1/+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch&client=safari>
57. Swissmilk. *La consommation de fromage en Suisse a légèrement augmenté [En ligne]*: Swissmilk; 2014 [consulté le 03.07.15]. Disponible: <http://www.swissmilk.ch/fr/producteurs-de-lait/medias/communiques-de-presse/2014/la-consommation-de-fromage-en-suisse-a-legerement-augmente.html>
58. Office fédérale de la statistique. *Agriculture donnée détaillée. Production et consommation*. [En ligne]. Confédération Suisse; 2015 [consulté le 03.07.15]. Disponible: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/07/03/blank/data/01/04.html>

59. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme national nutrition santé 2011-2015 [En ligne]. France ; 2014 [consulté le 1.06.2015]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
60. Bouteloup C. Polymédication et prise alimentaire. Nutrition clinique et métabolisme. 2005 ; (19) :20–24.
61. Les diététistes du Canada. Perspective canadienne sur le processus de soin en Nutrition et la terminologie internationale de diététique et de nutrition. [En ligne]. 2012 [consulté le 03.07.15]. Disponible: <https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/NCP-and-IDNT-Statement-Fre.aspx>

Annexes

Annexe 1 : analyse de l'entretien exploratoire

Analyse des thèmes attendus durant l'entretien :

Voici les thèmes généraux qui sont ressortis de l'entretien et que nous avons envisagé de traiter selon nos hypothèses :

- Avis personnel du médecin au sujet de la thématique
- Alimentation
- Définition douleur
- Source douleur
- Physiologie
- Autres facteurs qui influencent relation douleur-appétit (traitement, émotions, temporalité, culture)

Les connaissances et les représentations du médecin :

- Avis du médecin : Il trouve le thème intéressant, complexe et vaste selon lui il est difficile de faire des généralités car la douleur est subjective et propre à chacun. De plus, il y a peu de données scientifiques à ce sujet selon lui.
- Alimentation : le médecin a reconnu ses limites concernant cette thématique. Il s'est interrogé sur la définition des termes employés tels que l'appétit, la faim, l'envie de manger, le plaisir de manger, les compensations alimentaires, la satiété et l'alimentation.
- Définition de la douleur : Il distingue deux composantes qui sont indissociables selon lui, à savoir le côté affectif et le côté sensitif. Il a évoqué l'aspect chronique ou aigu. Le médecin insiste sur la subjectivité de la douleur notamment en parlant des échelles qui sont les seuls outils pour l'évaluer.
- Source de la douleur : le médecin explique que suivant la source, la douleur n'est pas vécue de la même manière. En effet, si l'origine est connue ou inconnue, si on sait estimer la durée de la douleur et suivant l'état émotionnel de la personne, la douleur ne sera pas perçue de la même manière. Il illustre son argumentation avec plusieurs exemples ; colite néphrétique, appendicite, abcès dentaire, courbatures, accouchement, fractures et cancer.
- Physiologie : le stress est le sujet principal de ce thème. Effectivement, il explique qu'il y a une libération d'hormones spécifiques à certaines situations (fuir ou lutter). Ces hormones sont anorexigènes. Le système responsable de ces mécanismes est le système sympathique. Ces effets sont une accélération du débit cardiaque afin d'augmenter l'irrigation musculaire et cérébrale. Par conséquent, le territoire digestif et splanchnique est moins irrigué. De plus, certaines pathologies augmentent le métabolisme, ce qui augmente les besoins énergétiques.
- Autres facteurs qui influencent relation douleur-appétit : Le thème que nous attendions est le psychisme. Notre hypothèse est confirmée car l'état émotionnel influence la relation douleur-appétit. Selon lui, l'état émotionnel est très important, autant dans la perception de la douleur que celle de l'appétit.

Analyse des co-occurrences attendues durant l'entretien :

Douleur-émotion

Selon le médecin, si en plus de la douleur sensitive il y a de la peur ou de l'angoisse, la douleur sera vécue de manière plus intense. Il évoque l'exemple : « un exemple concret, euh.. c'est euh.. vendredi soir, quelqu'un a un abcès euh.. sans qu'il y est une douleur euh.. importante, qui téléphone à son dentiste, qui est parti euh... en week-end, il est, il est angoissé au téléphone etc. et pis euh... il passe une nuit épouvantable... parce qu'il a mal et pis il se dit mais comment je vais faire, ça va pas aller etc. Le samedi matin finalement, il tombe sur une euh...une permanence dentaire qui lui dit, oui, venez demain après-midi euh...venez cette après-midi, on peut vous recevoir euh...on prend les urgences, et le fait d'avoir pu faire quelque chose, d'avoir pu être actif etc. Il est dans la salle d'attente de ce...ce dentiste en se disant mais, j'ai presque plus mal. Donc l'angoisse baisse le seuil ou remonte la douleur donc tout ça est lié. ».

En parlant des échelles de la douleur il dit : « Mais euh mais on en on ne tiens pas compte de son de son aspect aussi euh euh émotionnel à ce moment-là. S'il est, s'il y a des la colère s'il est fâché il aura tendance à en mettre plus eettt la source de la douleur quand on est victime d'un accident de voiture, la douleur a tendance à être plus forte parce que l'on vit une compensation que quand euh que quand on est, on était acteur on était responsable de notre euh de notre accident donc on les choses sont difficiles on se rends compte qu'il a tellement il y a tellement de couches et d'influence qui se mettent, c'est difficile ».

Analyse thématique des éléments inattendus durant l'entretien :

- Souffrance
- Littérature scientifique
- Autres facteurs qui influencent relation douleur-appétit (traitement, émotions, temporalité, culture)

Nous n'avions pas envisagé d'aborder ces différentes facettes de la problématique qui ont été apportées par l'entretien semi-dirigé.

- Souffrance : Le médecin exprime des interrogations quant au lien complexe entre la douleur et la souffrance. S'agit-il de la même chose ? Peut-on souffrir sans avoir mal et réciproquement (courbatures, accouchement et deuil)? Est-ce que la souffrance est de la douleur psychique ?
- Littérature scientifique : Il y a peu voir pas de littérature scientifique sur le sujet.
- Autres facteurs qui influencent relation douleur-appétit: les thèmes que nous n'attendions pas sont le traitement, la temporalité et la culture. Les traitements influencent la prise alimentation. Ils peuvent être anorexigène, oréxigène ou provoquer des symptômes digestifs tels que nausées ou vomissements. La culture influence de manière certaine l'alimentation et les habitudes alimentaires tout comme la perception de la douleur.

Analyse des co-occurrences inattendues durant l'entretien :

Souffrance-douleur-alimentation

La souffrance et la douleur sont liées de manière complexe et influencent l'alimentation. Le médecin pense que la souffrance est un mal psychique.

Il cite: « On pense à ça, il y a différents types de douleurs, après il y a une différence entre la douleur et la souffrance ? Est-ce que c'est la même chose? Est-ce que c'est c'est c'est, donc

c'est un domaine déjà en soit très vaste, et pis euh l'alimentation ou euh l'appétit ou euh les troubles alimentaires...jusqu'où on veut aller euh c'est aussi un domaine extrêmement vaste. Tout ça s'entremêlent et en fait quelque chose d'un peu fouillis. (...) et pis par rapport à la souffrance, ou par rapport à euh.. ce côté affectif, et ben y'a des gens pour qui ça bloque complètement pis y'a des gens qu'ont l'impression qu'ils doivent, qui peuvent compenser, qui veulent se faire plaisir, peut-être en s'accordant des choses, et donc euh... ils ...c'est une compensation euh....euhhh. euh disons, euh... de retirer quelque chose de la vie qui leur permet un peu de gérer un peu la situation dans laquelle dans laquelle ils vivent. »

Annexe 2 : Echelle visuelle analogique

Conseils d'utilisation de l'échelle visuelle analogique*

Cette échelle est composée, côté verso d'une ligne horizontale allant de « pas de douleur » à « douleur maximale imaginable ».

CONSIGNES POUR LE PATIENT

Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.

L'intensité de votre douleur peut être définie par un trait tracé sur l'échelle comme dans l'exemple ci-dessous.



Une extrémité correspond à la douleur maximale imaginable

Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante

L'autre extrémité correspond à pas de douleur

Plus le trait est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante

Le score de la douleur s'affiche sur le recto de l'échelle.



Annexe 3 : Echelle numérique

L'échelle numérique (EN) permet au patient de donner une note de 0 à 10 (ou 100). La note 0 est définie par « douleur absente » et la note maximale 10 (ou 100) par « douleur maximale imaginable ». Pour le soulagement, on peut le demander en pourcentage par rapport à la douleur de référence.

PRÉSENTATION ÉCRITE DE L'ÉCHELLE NUMÉRIQUE (EN)

Pouvez-vous donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de votre douleur ?

- La note 0 correspond à « pas de douleur ».
- La note 10 correspond à « la douleur maximale imaginable ».

Donnez une seule note de 0 à 10
pour la douleur du moment présent



Annexe 4 : Echelle verbale simple

Conseils d'utilisation de l'échelle visuelle simple*

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur au moment présent :				
0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours :				
0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours :				
0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

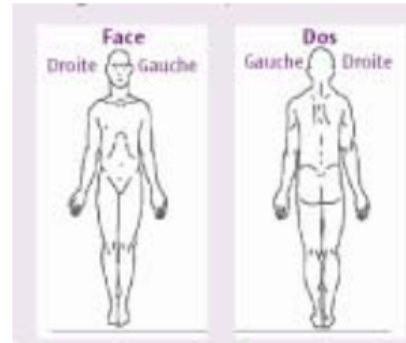
Annexe 5 : Schéma corporel des zones douloureuses

Conseils d'utilisation du schéma corporel des zones douloureuses *

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.



Annexe 6 : Questionnaire Mac Gill Pain Questionnaire (MPG)

Questionnaire MPQ	
La classe 1 comprend les sous-classes de 1 à 10. Elle évalue la composante sensorielle ou sensitivo-discriminative.	
Sous classe 1	Frémissement, frisson, pulsation, battement, martèlement.
Sous classe 2	Secousse, clignotement, éclair.
Sous classe 3	Piqûre, vrille, transperçante, poignard.
Sous classe 4	Coupante, tranchante, lacérante.
Sous classe 5	Pincement, pesanteur, tiraillement, crampe, broiement.
Sous classe 6	Tiraillement, arrachement, torsion.
Sous classe 7	Chaude, brûlante, bouillante, comme marquée au fer rouge.
Sous classe 8	Fourmillement, démangeaison, picotement, piqûre d'abeille.
Sous classe 9	Sourde, diffuse, douloureuse, pénible, écrasante.
Sous classe 10	Endolorie, crispée, écorchée, fendue.
La classe 2 comprend les sous-classes de 11 à 15. Elle évalue la composante affective ou affectivo-émotionnelle : tension, peur, réactions neuro-végétatives.	
Sous classe 11	Fatigante, épuisante.
Sous classe 12	A soulever le coeur, épuisante.
Sous classe 13	Affreuse, effroyable, terrifiante.
Sous classe 14	Épuisante, éreintante, harassante, vicieuse, à mourir.
Sous classe 15	Déprimante, aveuglante.
La classe 3 comprend seulement la sous classe 16. Elle évalue la composante cognitive et décrit l'intensité subjective générale. Elle fait redondance avec les échelles verbales unidimensionnelles.	
Sous classe 16	Agaçante, exaspérante, intense, horrible, intolérable.
La classe 4 comprend les sous classes de 17 à 20. Cette classe regroupe des qualificatifs divers qui n'ont pas trouvés place dans les classes précédentes, l'auteur ayant décidé de ne rejeter aucun des mots sélectionnés.	
Sous classe 17	Envahissante, rayonnante, pénétrante, transperçante.
Sous classe 18	Raide, engourdie, tendue, qui serre, qui arrache.
Sous classe 19	Fraîche, froide, glacée.
Sous classe 20	Tenace, nauséuse, épouvantable, atroce, à souffrir le martyre.

Annexe 7 : Questionnaire douleur Saint-Antoine (QDSA)

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez.
Choisissez, dans chaque groupe de mots, le qualificatif le plus exact.

Qualificatifs		Qualificatifs			
A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Elancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs	I	<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques		<input type="checkbox"/>	Lourdeur
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau		<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	J	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiante		<input type="checkbox"/>	Épuisante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre		<input type="checkbox"/>	Éreintante
	<input type="checkbox"/>	Coupure	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Transperçante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Coups de poignard	L	<input type="checkbox"/>	Inquiétante
D	<input type="checkbox"/>	Pincement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	Ecrasement		<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	En étai		<input type="checkbox"/>	Cruelle
<input type="checkbox"/>	Broiement	<input type="checkbox"/>	Torturante		
E	<input type="checkbox"/>	Tiraillement	<input type="checkbox"/>	Supplicante	
	<input type="checkbox"/>	Étirement	N	<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Distension		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Torsion	<input type="checkbox"/>	Insupportable	
	<input type="checkbox"/>	Arrachement	O	<input type="checkbox"/>	Enervante
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur		<input type="checkbox"/>	Exaspérante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure		<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
	<input type="checkbox"/>	Glace		<input type="checkbox"/>	Suicidaire

Sous-classes sensorielles: A à I; sous-classes affectives: J à P.

Annexe 8 : Echelle Hospital Anxiety and Depression scale (HADS)

Les émotions jouant un rôle important dans la plupart des maladies, ce questionnaire a été conçu de façon à permettre au médecin de se familiariser avec ce que le patient peut éprouver sur le plan émotif. Le principe est le suivant, le patient doit lire le questionnaire, sans faire attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche, et souligner la réponse qui exprime le mieux ce qu'il a éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Une fois rempli, ce questionnaire sert à l'évaluation de la douleur par le médecin.

Échelle du retentissement émotif (HADS)

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

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.


Je me sens tendu ou énervé	
0	La plupart du temps
1	Souvent
2	De temps en temps
3	Jamais
Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	
3	Oui, tout autant
2	Pas autant
1	Un peu seulement
0	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 trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout
Je ris facilement et vois le bon côté des choses	
3	Autant que par le passé
2	Plus autant qu'avant
1	Vraiment moins qu'avant
0	Plus du tout
Je me fais du souci	
3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement
Je suis de bonne humeur	
0	Jamais
1	Rarement
2	Assez souvent
3	La plupart du temps

DA

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

DA

9 :

1/ LÀ OÙ J'AI MAL	2/ À QUEL POINT J'AI MAL
<p>Indiquez sur le schéma ci-dessous où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.</p>	<p>Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur.</p> <p>Entourez le chiffre qui décrit le mieux chaque type de douleur ressentie.</p>
<p>Ce carnet a pour vocation d'aider votre médecin à l'analyse, au traitement et au suivi de vos douleurs.</p> <p>Laissez-vous guider à travers ce questionnaire et apportez des réponses précises. Ceci est important pour la qualité du diagnostic et du traitement antalgique.</p> <p>Merci de remettre ce carnet personnel à votre médecin.</p>	
DOULEURS	
CARNET D'ÉVALUATION	
	
NOM	
PRÉNOM	
DATE	
ÂGE	
NOTES - SUIVI DU PATIENT	
Large empty area for patient notes	
 <p>INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR <small>avec le soutien de Bernard Paris Saclay</small></p>	<p>Carnet réalisé d'après les recommandations de l'ANAES : «Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire - Février 1999» www.anaes.fr (rubrique Publications)</p>

d'évaluation de la douleur

3/ CE QUE JE RESSENS

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0	1	2	3	4
	absent	rien	faible	un peu	modéré
				modérément	fort
				beaucoup	extrêmement
				très	extrêmement
Dérangeants					
Pénétrants					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fouillisement					
Lourd					
Épuisants					
Angoissants					
Obsédants					
Insupportable					
Émerveille					
Exaspérants					
Déprimants					

4/ COMMENT JE VIS AVEC MA DOULEUR

Pour chacune des 5 questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

HUMEUR

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

CAPACITÉ À MARCHER

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

TRAVAIL HABITUEL (y compris à l'intérieur de la maison et les travaux domestiques)

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

RELATION AVEC LES AUTRES

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

SOMMEIL

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

COÛT DE VIVRE

Ne gêne pas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Gêne complètement

5/ COMMENT JE ME SENS

Les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Avec ce questionnaire, votre médecin saura mieux vous aider en l'informant des émotions que vous éprouvez quotidiennement.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous avez éprouvé au cours des derniers jours, sans prêter attention aux chiffres. Tentez de répondre instinctivement, votre réponse en sera plus significative qu'après réflexion.

<p>Je me sens tendu(s) ou énérvé(e) :</p> <p>3 la plupart du temps 2 souvent 1 de temps en temps 0 jamais</p> <p>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 oui, tout autant 1 pas autant 2 un peu seulement 3 presque plus</p> <p>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>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</p> <p>Je ris facilement et je vois le bon côté des choses :</p> <p>0 autant que par le passé 1 plus autant qu'avant 2 vraiment moins qu'avant 3 plus du tout</p> <p>Je me fais du souci :</p> <p>3 très souvent 2 assez souvent 1 occasionnellement 0 très occasionnellement</p> <p>Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 jamais 2 rarement 1 assez souvent 0 la plupart du temps</p> <p>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 oui, quoi qu'il arrive 1 oui, en général 2 rarement 3 jamais</p>	<p>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 presque toujours 2 très souvent 1 parfois 0 jamais</p> <p>J'éprouve des sensations de peur (estomac noué) :</p> <p>0 jamais 1 parfois 2 assez souvent 3 très souvent</p> <p>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3 plus du tout 2 je n'y accorde pas autant d'attention que je ne le devrais 1 il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 j'y prête autant d'attention que par le passé</p> <p>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 oui, c'est tout à fait le cas 2 un peu 1 pas tellement 0 pas du tout</p> <p>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0 autant qu'auparavant 1 un peu moins qu'avant 2 bien moins qu'avant 3 presque jamais</p> <p>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 vraiment très souvent 2 assez souvent 1 pas très souvent 0 jamais</p> <p>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou TV :</p> <p>0 souvent 1 parfois 2 rarement 3 très rarement</p>
D A	D A

Annexe 10 : Guide explicatif destiné au praticien

5 / COMMENT JE ME SENS

ÉCHELLE DU RETENTISSEMENT ÉMOTIONNEL (HAD : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

- **MODE DE PASSATION** : il est recommandé de demander au patient de bien lire le préambule avant de remplir l'échelle.
- **COTATION** : chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant de manière semi-quantitative l'intensité du symptôme au cours de la semaine écoulée.
- L'intervalle des notes possibles s'étend donc pour chaque échelle de 0 à 21, les scores les plus élevés correspondant à la présence d'une symptomatologie plus sévère. La présentation de l'échelle, avec dans la colonne de gauche les notes correspondant à chaque item, facilite grandement un calcul rapide des scores de chaque échelle. Les notes de la dépression se situent dans la première colonne en partant de la gauche et sont reconnaissables par la lettre "D". Les notes de l'anxiété se situent dans la deuxième colonne en partant de la gauche et sont reconnaissables par la lettre "A". Les notes de la colonne "dépression" doivent être additionnées ensemble pour obtenir le score de la dépression. Le score de l'anxiété sera obtenu en additionnant les notes de la colonne "anxiété".
Pour les deux scores (dépression et anxiété), des valeurs seuils ont été déterminées :
 - un score inférieur ou égal à 7 = absence de perturbation ;
 - un score entre 8 et 10 = cas douteux ;
 - un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.
- **INTERÊT** : mesure de l'anxiété et de la dépression.

DOCUMENT POUR L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE : FEUILLET DESTINÉ AU PRATICIEN



REMARQUES IMPORTANTES POUR LE PRATICIEN

Le document pour l'évaluation de la douleur chronique peut être remis au patient lors d'une consultation, après lui avoir fourni les explications adéquates. Il s'agit d'un bilan d'auto-évaluation qui permet de réaliser une partie de l'évaluation initiale. Les éléments recueillis font partie du dossier du patient ; ils serviront de comparaison pour le suivi.

Il est nécessaire de respecter quelques règles pour l'utilisation des échelles. Lorsqu'il existe plusieurs échelles pour mesurer une même dimension (par exemple, l'intensité), on doit utiliser la même échelle lors de l'évaluation initiale et du suivi. La présentation d'une échelle au patient doit être faite de manière relativement standardisée (toujours au même moment de la consultation, par exemple), avec suffisamment d'explications, également standardisées, et après s'être assuré de la bonne compréhension du patient.

Pour la pratique, on retiendra que les scores des échelles d'évaluation de l'intensité de la douleur : EVA (Échelle Visuelle Analogique), EN (Échelle Numérique) et EVS (Échelle Verbale Simple)

- ne donnent pas d'information sur la nature de la plainte douloureuse ;
- ne peuvent pas servir à comparer les patients entre eux ;
- permettent uniquement des comparaisons intra-individuelles ;
- aident à identifier les malades nécessitant un traitement de la douleur sans qu'il existe un lien direct entre le score obtenu et le type de traitement antalgique nécessaire ;
- facilitent le suivi du patient.

1 / LÀ OÙ J'AI MAL

SCHEMA DES ZONES DOULOUREUSES

- **MODE DE PASSATION** : se conformer aux explications données en regard du schéma.
- **COTATION** : sans.
- **INTERÊT** : il est utile de faire figurer la topographie de la douleur dans le dossier du malade. Il est utile pour détecter des douleurs multiples ou diffuses, ou pour reconnaître des douleurs de topographie neurologique.

2 / À QUEL POINT J'AI MAL

ÉCHELLE MESURANT L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR

- **MODE DE PASSATION** : se conformer aux explications données au patient.
- **COTATION** : elle est ici le chiffre choisi directement par le patient.
- **INTERÊT** : le score a une valeur descriptive pour un individu donné et permet un suivi. Le score ne permet pas de faire des comparaisons inter-individuelles.

3 / CE QUE JE RESENS

QUALIFICATIFS DE LA DOULEUR (QDSA ABRÉGÉ)

- **MODE DE PASSATION** : se conformer aux explications données au niveau de l'échelle.
- **COTATION** : le score des 16 mots descripteurs est à considérer comme une information séparée et on ne peut pas établir de score global.
- **INTERÊT ET LIMITES** : les qualificatifs sensoriels ou affectifs précisent la description de la douleur perçue. Ils reflètent l'importance de la douleur ressentie. Ils ont une valeur d'orientation diagnostique pour faciliter la reconnaissance de certaines douleurs (par exemple, les douleurs neurogènes : brûlures, décharges électriques, picotements), et apprécier le retentissement affectif (la tolérance) de la douleur. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'un retentissement plus sévère. Chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée : on n'a pas le droit d'additionner les scores pour effectuer un score global.

4 / COMMENT JE VIS AVEC MA DOULEUR

ÉCHELLE MULTIDIMENSIONNELLE (SOUS-ÉCHELLE 23 DU QCD)

- **MODE DE PASSATION** : se conformer aux explications données en regard du schéma. Il s'agit de 6 items indiquant chacun un score grâce à une échelle numérique.
- **COTATION** : le score de chaque item est à considérer comme une information séparée et on ne peut pas établir de score global.
- **INTERÊT ET LIMITES** : le retentissement d'une douleur sur le comportement quotidien est important à prendre en compte pour apprécier l'importance de la douleur. Chaque item doit être coté et considéré comme une information séparée : on n'a pas le droit d'additionner les scores pour effectuer un score global.

Annexe 11 : Questionnaire DN4

QUESTIONNAIRE DN4 : un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : / 10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non »
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10

Si le Score du Patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif

(sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%)

D'après Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lantéri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005 ; 114 :29-36

Annexe 12 : Questionnaire Fibromyalgia Rapid Screening Tool

Critères de diagnostic pour la fibromyalgie ⁽¹⁾

Critères

Un patient satisfait aux critères de diagnostic pour la fibromyalgie lorsque les trois critères suivants sont réunis :

1. Indice de douleur généralisée (WPI) ≥ 7 et un score de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou WPI 3-6 et le résultat de l'échelle SS ≥ 9 .
2. Les symptômes sont présents à un niveau similaire depuis au moins 3 mois.
3. Le patient ne présente aucun autre problème pouvant expliquer la douleur.

Constatation

1. WPI : noter le nombre de zones où le patient a eu mal la semaine précédente. Dans combien de zones le patient a-t-il ressenti de la douleur ? Le résultat devra se situer entre 0 et 19.

Ceinture scapulaire gauche	Hanche gauche (fesses, trochanter)
Ceinture scapulaire droite	Hanche droite (fesses, trochanter)
Bras gauche	Jambe supérieure gauche
Bras droit	Jambe supérieure droite
Avant bras gauche	Jambe inférieure gauche
Avant bras droit	Jambe inférieure droite

Mâchoire gauche	Haut du dos
Mâchoire droite	Bas du dos
Poitrine	Cou
Abdomen	

2. Résultat de l'échelle SS

Fatigue
Somnolence
Symptômes cognitifs

Pour chacun des 3 symptômes cités ci-dessus, indiquer le niveau de sévérité lors de la semaine précédente en utilisant l'échelle suivante :

- 0 = pas de problème
1 = problèmes légers ou modérés, généralement modérés ou intermittents
2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et /ou à niveau modéré
3 = problèmes importants, persistants, continus, handicapants au quotidien

En considérant les symptômes somatiques en général, indiquer si le patient a ou non* :

- 0 = aucun symptôme
1 = peu de symptômes
2 = un nombre modéré de symptômes
3 = de nombreux symptômes

Le résultat de l'échelle SS correspond à la sévérité des 3 symptômes (fatigues, somnolence, symptômes cognitifs) + l'extension (sévérité) des symptômes somatiques en général. Le résultat final doit se situer entre 0 et 12.

*Les symptômes somatiques à prendre en compte : douleur musculaire, syndrome du colon irritable, fatigue, problème de mémoire, faiblesse musculaire, mal de tête, douleur/crampes à l'abdomen, engourdissement/picotements, vertiges, insomnie, dépression, constipation, douleur dans le haut de l'abdomen, nausées, nervosité, douleur à la poitrine, vision floue, fièvre, diarrhée, bouche sèche, démangeaisons, respiration sifflante, phénomène de Raynaud, urticaire, traces cutanées, sifflements dans les oreilles, vomissements, brûlures d'estomac, ulcères buccaux, perte ou changement du goût, convulsions, yeux secs, essoufflement, perte d'appétit, éruption, sensibilité au soleil, audition difficile, ecchymoses, perte de cheveux, besoin fréquent d'uriner, miction douloureuse, et spasmes de la vessie.

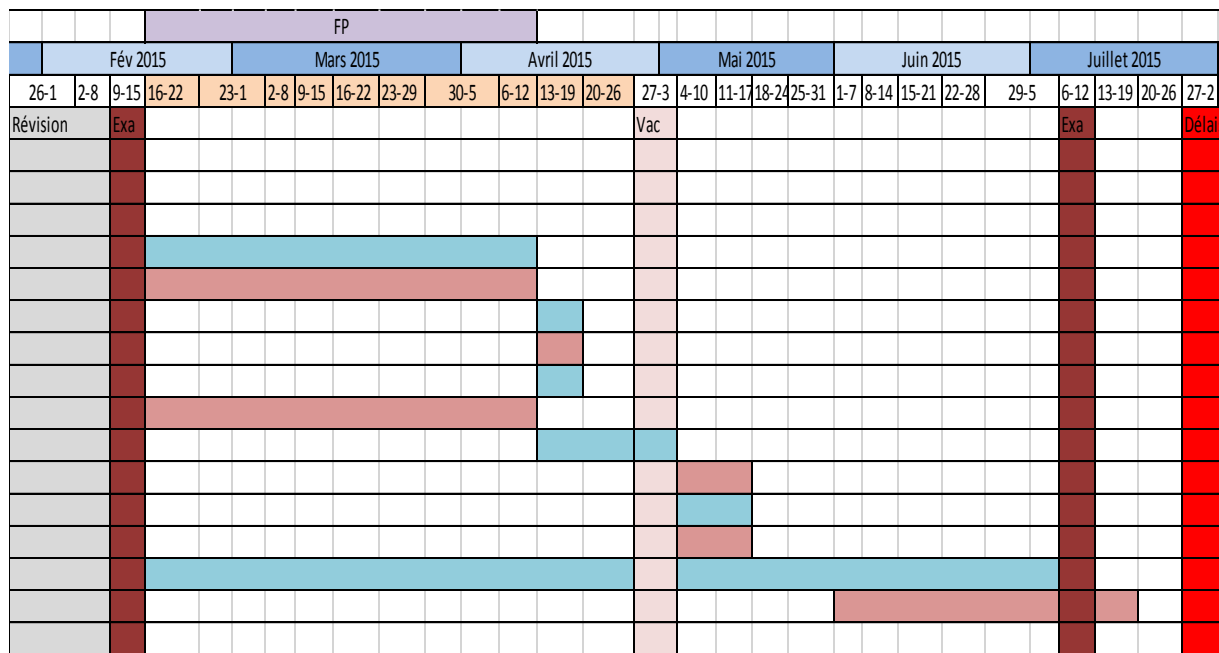
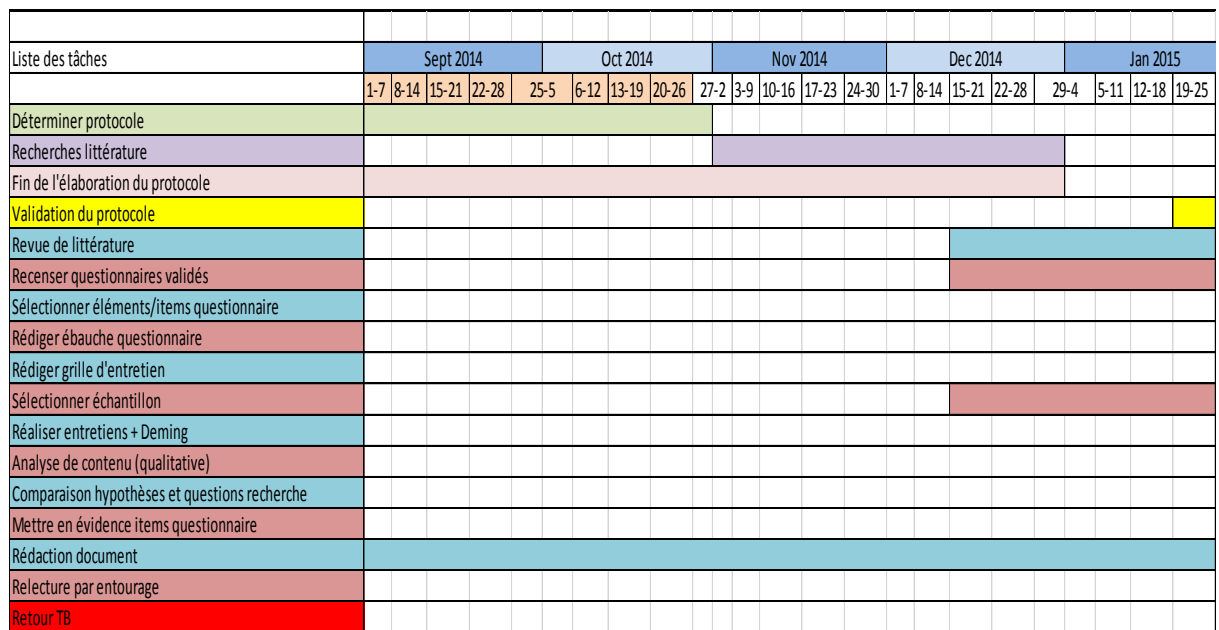
(1) FREDERICK WOLFE, DANIEL J. CLAUW, MARY-ANN FITZCHARLES, DON L. GOLDENBERG, ROBERT S. KATZ, PHILIP MEASE, ANTHONY S. RUSSELL, I. JON RUSSELL, JOHN B. WINFIELD, MUHAMMAD B. YUNUS : The American College of Rheumatology. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity - Arthritis Care & Research, Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600-610

Annexe 13 : Calendrier du projet de recherche

Sous forme de tableau :

Tâches à effectuer	Dates à respecter
- Déterminer le protocole	31 octobre 2014
- Recherches littérature exploratoire - Fin de l'élaboration du protocole	31 décembre 2014
- Validation du protocole	19 janvier 2015
- Revue de littérature - Recenser questionnaires validés - Sélectionner échantillon	12 avril 2015
- Sélectionner éléments/items questionnaires - Rédiger ébauche de questionnaire - Rédiger grille d'entretien	19 avril 2015
- Réaliser entretiens semi-dirigés	3 mai 2015
- Analyse de contenu (qualitative) - Comparaison des hypothèses et questions de recherche - Mettre en évidence les items du questionnaire	17 mai 2015
- Rédaction du document	3 juillet
- Relecture de l'entourage	20 juillet

Sous forme de Gantt :



Annexe 14 : Demande de consentement

h e d s

Haute école de santé
Genève

Entretien semi-dirigé

Autorisation d'enregistrement

Ces données resteront strictement confidentielles et seront utilisées dans le cadre du travail de Bachelor de France Gurba et Sophie Kaufmann, deux étudiantes de la filière Nutrition et Diététique de la HEdS (volée 2012-2015).

La personne soussignée

- Certifie avoir été informée sur les objectifs et le déroulement du travail effectué par les étudiantes investigatrices chargées de l'étude.
- Certifie avoir été informée des risques éventuels et contraintes qu'impliquait sa participation à notre travail.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Confirme qu'elle a été informée du fait qu'elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude puissent être transmises à des personnes extérieures (investigatrices principales, personnes ressources), elle-même tenues à respecter la confidentialité de ces informations.
- A reçu une copie de ce formulaire de consentement.

Je soussigné _____ autorise l'enregistrement de l'entretien du _____ 2015 ainsi que l'utilisation des données émergeant de l'entretien.

Lieu :

Date :

Signature :

Annexe 15 : BITE

BITE

Nom :

Date :

*Entourez la réponse correcte, oui ou non.
Répondez en considérant les quatre dernières semaines.*

1.	Mangez-vous quotidiennement selon un schéma régulier ?	Oui	Non
2.	Faites-vous un régime strict ?	Oui	Non
3.	Si vous abandonnez une fois votre régime, est-ce un échec ?	Oui	Non
4.	Calculez-vous les calories de tout ce que vous mangez, même lorsque vous ne suivez pas de régime ?	Oui	Non
5.	Vous arrive-t-il de jeûner pendant toute une journée ?	Oui	Non
6.	... Si oui, à quelle fréquence ? 1. une fois seulement 2. de temps en temps 3. une fois par semaine 4. deux à trois fois par semaine 5. tous les deux jours		

7. Avez-vous recours aux moyens suivants pour perdre du poids ?

	Jamais	Occasion- nellement	1 x/ sem.	2-3 x/ sem.	Quotidien- nement	2-3 x/ jour	5 x/ jour ou plus
Coupe-faim							
Diurétiques							
Laxatifs							
Vomissements provoqués							

8.	Votre schéma d'alimentation perturbe-t-il sévèrement votre vie ?	Oui	Non
9.	Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	Oui	Non
10.	Vous arrive-t-il de manger sans arrêt et de ne cesser que lorsque vous ressentez un malaise physique ?	Oui	Non
11.	Y a-t-il des moments où vous ne pouvez plus penser à rien d'autre qu'à la nourriture ?	Oui	Non
12.	Mangez-vous raisonnablement quand vous êtes en compagnie, tout en vous « rattrapant » quand vous êtes seule ?	Oui	Non
13.	Pouvez-vous toujours vous arrêter de manger lorsque vous le voulez ?	Oui	Non
14.	Vous est-il arrivé d'éprouver un besoin irrésistible de manger d'énormes quantités de nourriture ?	Oui	Non
15.	Avez-vous tendance à beaucoup manger lorsque vous êtes angoissée ?	Oui	Non

16.	Etes-vous terrifiée à l'idée de devenir grosse ?	Oui	Non
17.	Vous est-il arrivé de manger de grandes quantités de nourriture rapidement ? (en dehors des repas)	Oui	Non
18.	Avez-vous honte de vos habitudes alimentaires ?	Oui	Non
19.	Craignez-vous de ne plus avoir le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez ?	Oui	Non
20.	Vous raccrochez-vous à la nourriture pour vous reconforter ?	Oui	Non
21.	Pouvez-vous laisser des restes sur votre assiette à la fin des repas ?	Oui	Non
22.	Cachez-vous aux autres combien vous mangez ?	Oui	Non
23.	La faim détermine-t-elle la quantité de ce que vous mangez ?	Oui	Non
24.	Vous est-il arrivé de dévorer irrésistiblement d'énormes quantités de nourriture ?	Oui	Non
25.	... Si oui, cela vous rend-il très malheureux/se ?	Oui	Non
26.	Lorsque vous dévorez d'énormes quantités de nourriture, le faites-vous uniquement en cachette ?	Oui	Non
27.	... A quelle fréquence moyenne le faites-vous (voir question 26) ? 1. presque jamais 2. une fois par mois 3. une fois par semaine 4. deux à trois fois par semaine 5. quotidiennement 6. deux à trois fois par jour		
28.	Seriez-vous capable de faire des démarches considérables pour satisfaire ce besoin irrésistible de manger ?	Oui	Non
29.	Vous sentez-vous très coupable lorsque vous avez trop mangé ?	Oui	Non
30.	Vous arrive-t-il de manger en cachette ?	Oui	Non
31.	Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme normales ?	Oui	Non
32.	Vous considérez-vous comme une mangeuse compulsive ?	Oui	Non
33.	Votre poids fluctue-t-il de plus de 2 kg. par semaine ?	Oui	Non

Annexe 16 : Evolution de la trame d'entretien semi-dirigé

Trame 1 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observé des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau de vos habitudes alimentaires ?
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
- 3) Quelles sont pour vous les activités en liens avec l'alimentation ?
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
- 4) Comment la douleur influence-t-elle ces activités qui ont un lien avec l'alimentation?
- 5) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?

Trame 2 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température de l'aliment
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Quelles sont pour vous les activités en liens avec l'alimentation ?
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
- 4) Comment la douleur influence-elle ces activités qui ont un lien avec l'alimentation?
- 5) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation ?
- 6) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 8) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?

Trame 3 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires ?
 - iii) de la température de l'aliment ?
 - iv) de la texture des aliments ?
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Quelles sont pour vous les activités en liens avec l'alimentation ?
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
- 4) Comment la douleur influence-elle ces activités qui ont un lien avec l'alimentation?
- 5) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impacte sur votre alimentation
- 6) Comment la douleur influence vos émotions?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 8) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 9) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?
- 10) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation?
 - a) Comment ceci influence votre alimentation ?

Trame 4 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température des aliments
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Quelles sont pour vous les activités quotidiennes qui impliquent l'alimentation ?
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine :
 - c) capacité à se nourrir seul :
 - d) sport :
 - e) Repas conviviaux/festifs :
- 4) Comment la douleur influence-elle ces activités qui ont un lien avec l'alimentation?
- 5) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation
- 6) Comment la douleur influence vos émotions (colère tristesse joie et peut)?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre humeur (agressivité, motivation)?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 8) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 9) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?
- 10) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation?
 - a) Comment ceci influence votre alimentation ?

Trame 5 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température des aliments
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Quelles sont les activités que vous effectué au quotidien qui sont en lien avec ce que vous mangez ?
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
 - e) Repas conviviaux/festifs ?
 - f) Voyez-vous une autre activité en lien avec la nourriture ?
- 4) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation
- 5) Comment la douleur influence vos émotions?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 6) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 8) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?
- 9) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation?
 - a) Comment ceci influence votre alimentation ?
- 10) Comment la douleur influence-t-elle la relation avec votre poids ?
 - a) Observez-vous que vous faites plus attention à votre alimentation par peur que votre poids se modifie ?

Trame 6 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température des aliments
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Quelles sont les activités que vous effectués au quotidien qui sont en lien avec ce que vous mangez ?
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
 - e) Repas conviviaux/festifs ?
 - f) Voyez-vous une autre activité en lien avec la nourriture ?
- 4) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation
- 5) Comment la douleur influence vos émotions?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 6) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 8) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?
- 9) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation ?
 - a) Comment ceci influence votre alimentation ?
- 10) Comment la douleur influence-t-elle la relation avec votre poids ?
 - a) Observez-vous que vous faites plus attention à votre alimentation par peur que votre poids se modifie ?

Trame 7 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température des aliments
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - i) Quel aliments auriez-vous plus envie de manger durant les périodes douloureuses ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Comment votre douleur influence votre frustration ?
 - a) Quels moyens sont employés pour compenser cette frustration ?
- 4) Comment la douleur influence l'activité suivante et quelle est la répercussion sur l'alimentation :
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
 - e) Repas conviviaux/festifs ?
 - f) Jardinage ?
 - g) Voyez-vous une autre activité en lien avec la nourriture ?
- 5) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation
- 6) Comment la douleur influence vos émotions?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 8) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 9) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?
- 10) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation?
 - a) Comment ceci influence votre alimentation ?

11) Comment la douleur et le manque d'activité physique influence-t-il votre poids ?

12) Comment la douleur influence-t-elle la relation avec votre poids ?

a) Observez-vous que vous faites plus attention à votre alimentation par peur que votre poids se modifie ?

Trame 8 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observé des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température des aliments
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - i) Quel aliments auriez-vous plus envie de manger durant les périodes douloureuses ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Comment votre douleur influence votre frustration ?
 - a) Quels moyens sont employés pour compenser cette frustration ?
- 4) Comment la douleur influence l'activité suivante et quelle est la répercussion sur l'alimentation :
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
 - e) Repas conviviaux/festifs ?
 - f) Jardinage ?
 - g) Voyez-vous une autre activité en lien avec la nourriture ?
- 5) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation
- 6) Comment la douleur influence vos émotions?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 8) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 9) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?

10) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation?

a) Comment ceci influence votre alimentation ?

11) Comment la douleur et le manque d'activité physique influence-t-il votre poids ?

12) Comment la douleur influence-t-elle la relation avec votre poids ?

a) Observez-vous que vous faites plus attention à votre alimentation par peur que votre poids se modifie ?

Trame 9 :

- 1) Comment la douleur influence-t-elle votre quotidien ?
(Liste)
- 2) Qu'avez-vous observé en lien avec votre alimentation lorsque vous ressentez ces douleurs ?
 - a) Avez-vous observez des changements de quantités ?
 - b) Quel changement observez-vous au niveau ;
 - i) de vos habitudes alimentaires ?
 - ii) de vos choix alimentaires
 - iii) de la température des aliments
 - iv) de la texture des aliments
 - c) Observez-vous des changements de goûts, de plaisir alimentaire ?
 - d) Avez-vous observé un changement au niveau de l'envie de manger ?
 - i) Quel aliments auriez-vous plus envie de manger durant les périodes douloureuses ?
 - e) Avez-vous observé un changement au niveau de la faim ?
 - f) Le traitement a-t-il une influence ?
- 3) Comment votre douleur influence votre frustration ?
 - a) Quels moyens sont employés pour compenser cette frustration ?
- 4) Comment la douleur influence l'activité suivante et quelle est la répercussion sur l'alimentation :
 - a) capacité à faire ses courses
 - b) capacité à faire la cuisine
 - c) capacité à se nourrir seul
 - d) sport
 - e) Repas conviviaux/festifs ?
 - f) Jardinage ?
 - g) Voyez-vous une autre activité en lien avec la nourriture ?
- 5) Comment la douleur influence votre comportement au quotidien?
 - a) Comment votre comportement influence votre alimentation ?
 - b) Comment votre comportement influence vos relations sociales ?
 - i) Y a-t-il un impact sur votre alimentation
- 6) Comment la douleur influence vos émotions?
 - a) Comment vos émotions influencent-elles votre alimentation ?
- 7) Comment la douleur influence votre humeur?
 - a) Comment votre humeur influence votre alimentation ?
- 8) Comment la douleur influence votre sommeil ?
 - a) Comment votre sommeil influence votre alimentation
- 9) Comment la douleur influence votre concentration ?
 - a) Comment votre concentration influence votre alimentation ?

10) Comment la douleur influence votre envie d'effectuer des activités au quotidien, votre motivation?

a) Comment ceci influence votre alimentation ?

11) Comment la douleur et le manque d'activité physique influence-t-il votre poids ?

12) Comment la douleur influence-t-elle la relation avec votre poids ?

a) Observez-vous que vous faites plus attention à votre alimentation par peur que votre poids se modifie ?

Annexe 17 : Evolution de l'ébauche de questionnaire

Ebauche Questionnaire version Revue de littérature

Douleur

- Localisation :
- Système touché :
- Continuité :
- Régularité :
- Fluctuation :
- Intensité habituelle (0 à 10) :
- Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :
- Etiologie :

Prises alimentaires

- 1. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous avez des douleurs ?**

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

- 2. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)**

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

- 3. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?**

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

- 4. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous avez des douleurs ?**

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Ebauche Questionnaire version 1

Douleur

Localisation :

Systeme touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

5. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous avez des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

6. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

7. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

8. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est senti différemment lorsque vous avez des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

9. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

10. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous avez des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

11. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

12. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

13. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

14. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) ?

0 : Pas du tout d'accord 1 : un peu d'accord 2 : d'accord 3 : tout à fait d'accord

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Ebauche Questionnaire version 2

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
2. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
3. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
4. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
5. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
6. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous avez des douleurs ?				
7. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
8. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
9. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
10. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
11. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) ?				
12. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 3

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
13. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
14. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
15. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
16. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
17. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
18. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous avez des douleurs ?				
19. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
20. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
21. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
22. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
23. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) ?				
24. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités ?				

25. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
---	--	--	--	--

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 4

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
26. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
27. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
28. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
29. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
30. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
31. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous avez des douleurs ?				
32. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
33. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
34. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
35. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
36. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) ?				
37. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités ?				

38. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
39. Êtes-vous plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous avez des douleurs ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 5

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
40. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
41. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
42. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
43. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
44. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous avez des douleurs ?				
45. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous avez des douleurs ?				
46. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
47. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
48. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
49. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
50. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) ?				
51. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes triste ?				

52. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités ?				
53. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous avez des douleurs ?				
54. Êtes-vous plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous avez des douleurs ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 6

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
55. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
56. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
57. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
58. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
59. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
60. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous ressentez des douleurs ?				
61. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
62. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
63. Vous arrive-t-il de manger lors d'insomnies dues à vos douleurs ?				
64. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
65. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
66. Votre capacité à vous nourrir est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				

67. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) à cause de vos douleurs ?				
68. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes triste à cause de vos douleurs ?				
69. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités à cause de vos douleurs?				
70. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
71. Êtes-vous plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous ressentez des douleurs ?				
72. La nourriture est-elle un moyen de vous reconforter lorsque vous ressentez vos douleurs ?				
73. Vos habitudes alimentaires sont-elles modifiées lorsque vous ressentez des douleurs ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 7

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
74. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
75. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
76. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
77. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
78. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
79. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous ressentez des douleurs ?				
80. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
81. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
82. Vous arrive-t-il de manger lors d'insomnies dues à vos douleurs ?				
83. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
84. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
85. Votre capacité à vous nourrir est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				

86. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) à cause de vos douleurs ?				
87. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes triste à cause de vos douleurs ?				
88. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités à cause de vos douleurs?				
89. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
90. Êtes-vous plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous ressentez des douleurs ?				
91. La nourriture est-elle un moyen de vous reconforter lorsque vous ressentez vos douleurs ?				
92. Vos habitudes alimentaires sont-elles modifiées lorsque vous ressentez des douleurs ?				
93. Est-ce que votre alimentation peut déclencher/augmenter vos douleurs ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 8

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
94. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
95. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
96. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
97. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
98. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
99. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous ressentez des douleurs ?				
100. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
101. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
102. Vous arrive-t-il de manger lors d'insomnies dues à vos douleurs ?				
103. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
104. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
105. Votre capacité à vous nourrir est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				

106. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) à cause de vos douleurs ?				
107. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes triste à cause de vos douleurs ?				
108. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités à cause de vos douleurs?				
109. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
110. Êtes-vous plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous ressentez des douleurs ?				
111. La nourriture est-elle un moyen de vous réconforter lorsque vous ressentez vos douleurs ?				
112. Vos habitudes alimentaires sont-elles modifiées lorsque vous ressentez des douleurs ?				
113. Est-ce que votre alimentation peut déclencher/augmenter vos douleurs ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Ebauche Questionnaire version 9

Douleur

Localisation :

Système touché :

Continuité :

Régularité :

Fluctuation :

Intensité habituelle (0 à 10) :

Temps écoulé depuis le début de l'épisode douloureux :

Etiologie :

Prises alimentaires

Faites une croix dans la case correspondant :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
114. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
115. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez des douleurs ? (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)				
116. Votre faim est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
117. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est ressenti différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
118. Votre envie de manger est ressentie différemment lorsque vous ressentez des douleurs ?				
119. Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous ressentez des douleurs ?				
120. Mangez-vous différemment dans le but de soulager vos douleurs ?				
121. Mangez-vous différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison des douleurs ?				
122. Vous arrive-t-il de manger lors d'insomnies dues à vos douleurs ?				
123. Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
124. Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				
125. Votre capacité à vous nourrir est modifiée lorsque vous ressentez des douleurs ?				

126. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes contrarié(e) à cause de vos douleurs ?				
127. Mangez-vous différemment lorsque vous êtes triste à cause de vos douleurs ?				
128. Mangez-vous différemment lorsque vous n'avez pas de motivation à faire des activités à cause de vos douleurs?				
129. Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous ressentez des douleurs ?				
130. Êtes-vous plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous ressentez des douleurs ?				
131. La nourriture est-elle un moyen de vous réconforter lorsque vous ressentez vos douleurs ?				
132. Vos habitudes alimentaires sont-elles modifiées lorsque vous ressentez des douleurs ?				
133. Est-ce que votre alimentation peut déclencher/augmenter vos douleurs ?				

Selon note hypothèse de travail, plus le score est élevé, plus il y a un risque de malnutrition.

Pondération :

- Tout à fait d'accord : 3
- Plutôt d'accord : 2
- Plutôt pas d'accord : 1
- Pas du tout d'accord : 0

Annexe 18 : Evolution de la grille d'analyse de l'entretien semi-dirigé

Première version

Analyse thématique :

Faire ressortir de l'entretien les thèmes abordés attendus :

- Douleur
- Alimentation (quantité, qualité et choix)
- Capacité à cuisiner
- Capacité à faire les courses
- Capacité à se nourrir
- Plaisir alimentaire
- Envie de manger/appétit
- Faim (sensations alimentaires)
- Sommeil
- Goût
- Relations sociales
- Mobilité
- Etat psychologique

Lister les thèmes inattendus ressortant durant l'entretien qui permettront d'enrichir la nouvelle trame :

Analyse de cooccurrences :

Faire ressortir les associations de thèmes attendues :

- Douleur et appétit/envie de manger
- Douleur et plaisir alimentaire
- Douleur et quantités alimentaires
- Douleur et choix alimentaires
- Douleur et sensations alimentaires
- Douleur et capacité à faire les courses
- Douleur et capacité à cuisiner
- Douleur et capacité à se nourrir.
- Douleur et sommeil
- Sommeil et alimentation
- Douleur et état psychologique

Lister les cooccurrences non attendues :

Analyse structurale :

Facultative (faite si la personne structure son discours avec des principes qui semblent intéressants de relever)

Analyse de l'expression :

Facultative (faite si la personne emploie des termes particuliers qui peut être intéressant de le relever)

Remarques :

Analyse thématique :

Faire ressortir de l'entretien les thèmes abordés attendus :

- Douleur
- Alimentation (quantité, qualité et choix)
- Capacité à cuisiner
- Capacité à faire les courses
- Capacité à se nourrir
- Plaisir alimentaire
- Envie de manger/appétit
- Faim (sensations alimentaires)
- Sommeil
- Goût
- Relations sociales
- Activité physique (sport et mobilité)
- Etat psychologique (émotions, humeur, perte de motivation)
- Température/textures des aliments
- Régime
- Concentration
- Comportement
- Traitements
- Repas conviviaux
- Troubles du comportement alimentaire
- Compensation

Lister les thèmes inattendus ressortant durant l'entretien qui permettront d'enrichir la nouvelle trame :

Analyse de cooccurrences :

Faire ressortir les associations de thèmes attendues :

- Douleur et appétit/envie de manger
- Douleur et plaisir alimentaire
- Douleur et quantités alimentaires
- Douleur et choix alimentaires
- Douleur et sensations alimentaires
- Douleur et capacité à faire les courses
- Douleur et capacité à cuisiner
- Douleur et capacité à se nourrir
- Douleur, alimentation et sommeil
- Douleur, alimentation et état psychologique
- Traitements et choix alimentaires
- Douleur, alimentation et concentration
- Douleur, alimentation et comportement/relations sociales
- Douleur, alimentation et repas conviviaux
- Douleur, activités physiques et troubles du comportement alimentaire
- Douleur, envies/choix alimentaires et régime
- Douleur, activité physique et poids : Douleur, alimentation, capacité à cuisiner, repas conviviaux et relation sociale

Lister les cooccurrences non attendues :

Analyse structurale :

Facultative (faite si la personne structure son discours avec des principes qui semblent intéressants de relever)

Analyse de l'expression :

Facultative (faite si la personne emploie des termes particuliers qui peut être intéressant de le relever)

Remarques :

Annexe 19 : Données quantitatives

ID patient	Initiales	Sexe	Âge	Profession	Taux d'activité	Contexte familiale
0	MC	F	18	étudiante	100%	foyer familiale
1	JB	F	23	dessinatrice constructrice	100%	concubinage
2	VC	M	21	étudiant	100%	colocation
3	VR	F	49	secrétaire comptable	100%	seule
4	Ol	M	50	plâtrier peintre	100%	seul
5	ED	F	58	pharmacienne enseignante	100%	seul
6	DL	M	50	livreur indépendant / AI	30%	foyer familiale
7	DC	M	51	Designer	0%	foyer familiale
8	CM	M	42	Technicien	100%	foyer familiale

ID patient	Traitements actuels
0	simponi (injection 1x/mois)
1	neurostimulateur
2	ostéopathie
3	AINS, physio,ostéo, chiro, acupuncteur, chronorostéo
4	cortisone, métoject, embrel.
5	analgésiques (AINS) ; crème anti-inflammatoire ; compressif (pansement cylicone) ; flectoparin (patch)
6	AINS, opioïde(tramal), morphine
7	lyrica
8	aucun

ID patient	Poids actuel /habituel	Poids ↔↓↑	Poids minimum	Poids maximum	Raisons du changement pondéral selon participant
0	55	↔	55	58	prise de poids : début du traitement et inactivité physique
1	62	↑	58	75	perte de poids : acidité gastrique
2	80	↔	76	80	prise de poids : inactivité physique
3	78	↑	75	94	prise de poids : pas attention à son alimentation perte de poids : reprise activité physique
4	69	↔	67	70	-
5	71	↓	62	74	prise de poids : inactivité physique en lien avec accident perte de poids : reprise activité physique
6	91	↓	88	100	perte de poids : régime car veut perdre du poids pour douleur et meilleure forme
7	78	↔	70	80	prise de poids : stress et nervosité
8	95	↔	65	105	prise de poids : stop tabac

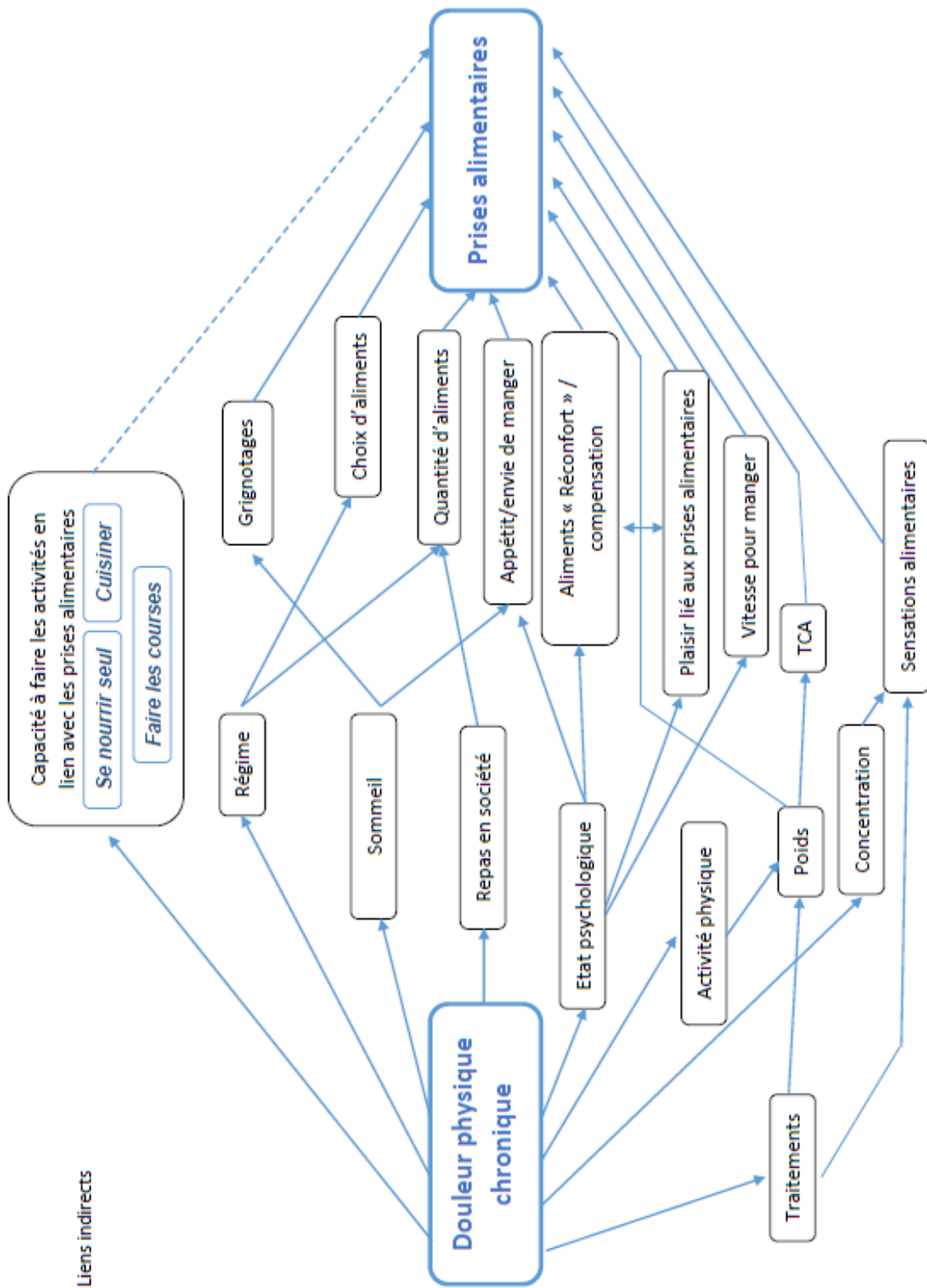
ID patient	Pathologie associée	Etat de santé général	Score BITE	Comportement
0	spondylarthrite ankylosante	bon	2	normal
1	maladie de Sudeck	bon	7	normal
2	scoliose et accident dans l'enfance	bon	2	normal
3	maladie rhumatoïde	bon	4	normal
4	spondylarthrite inflammatoire	bon	3	normal
5	double fracture ouverte avec complications pseudarthroses	maladie de Lyme	3	normal
6	fibromyalgie (problème au canal lombaire) déclenchée par pathologie prostate (infections)	délicat mais gérable	14	compulsif léger
7	hernie discale	moyen (hyper sensibilité intestinale)	7	normal
8	inconnu	bon	2	normal

ID patient	intensité de la douleur actuelle	douleur la plus intense ces 8 derniers jours	douleur habituelle ces 8 derniers jours
0	3	3	3
1	6	7	5
2	2	4	1
3	2	7	4
4	4	8	6
5	2	4	3
6	6	8	6
7	5	8	5
8	6	9	8

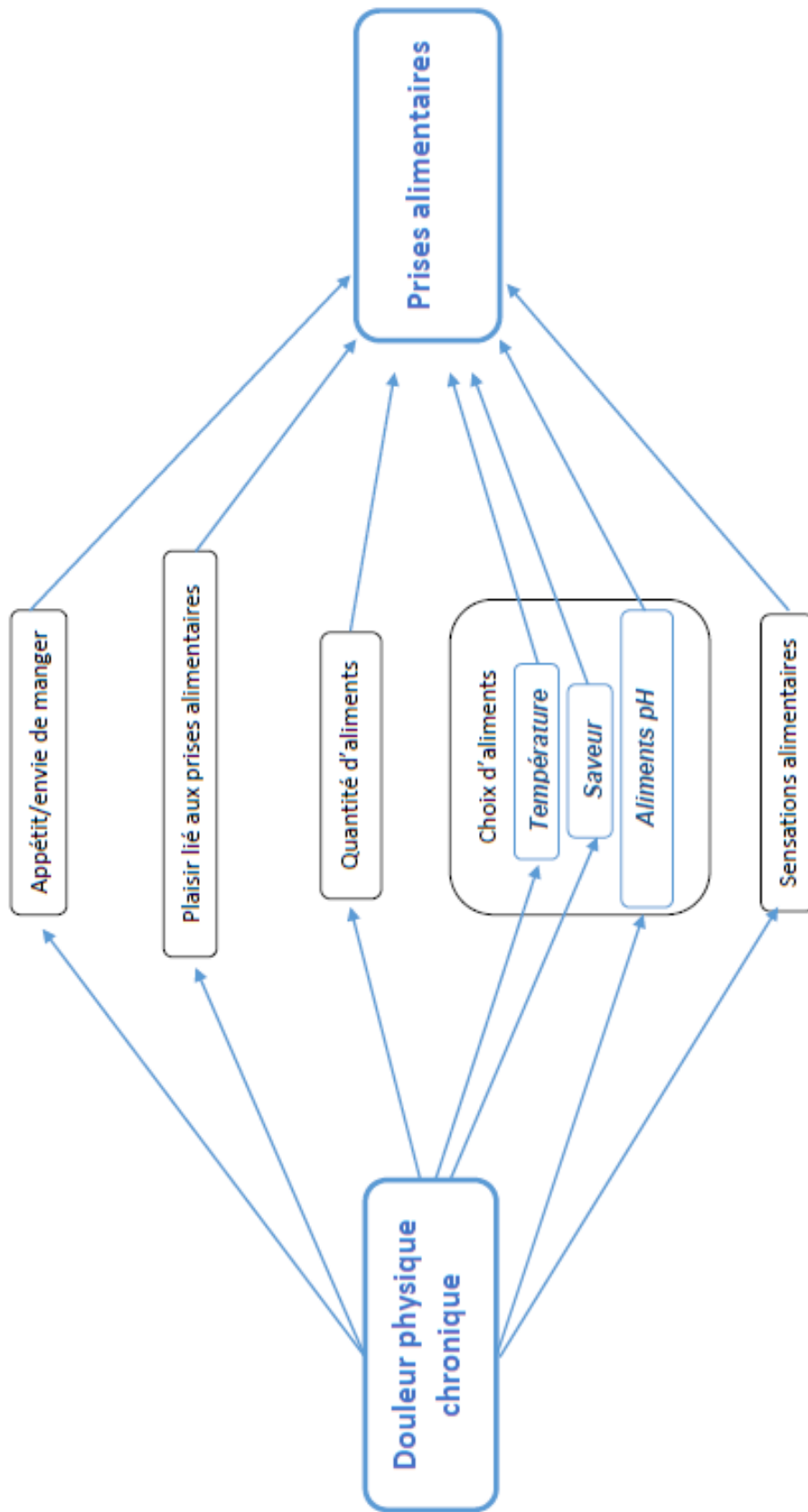
ID patient	localisation de la douleur	système défectueux	caractéristiques	intensité douleur	début de l'épisode douloureux
0	bas du dos, colonne vertébrale lombaire, sacrum et coccyx	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	épisodes récurrents et irréguliers	légère	un mois ou moins
1	membres inférieurs	système nerveux périphérique	continu avec de sévères fluctuations	moyenne	plus que six mois
2	bas du dos, colonne vertébrale lombaire, sacrum et coccyx	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	épisodes récurrents et irréguliers	légère	un mois ou moins
3	plus que trois sites majeurs	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	épisodes récurrents et irréguliers	moyenne	un mois ou moins
4	plus que trois sites majeurs	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	épisodes récurrents et irréguliers	sévère	plus que six mois
5	épaules et membres supérieurs	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	épisodes récurrents et irréguliers	légère	un mois ou moins
6	plus que trois sites majeurs	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	continu avec de sévères fluctuations	moyenne	plus que six mois
7	Tête, membres inférieurs (pied)	système nerveux périphérique	continu avec de sévères fluctuations	Moyenne	un mois ou moins
8	Membre inférieur (bassin)	système musculo-squelettique et tissu conjonctif	continu avec de sévères fluctuations	moyenne	un mois à six mois

ID patient	Intensité générale	Intensité minimum	Intensité maximum	Etiologie	Déclencheurs douleur
0	3	0	10	inflammatoire, réactions immunitaires	stress, météo, absence de traitement
1	5	4	10	dégénérative, mécanique	aucun
2	2	1	7	trauma, opération ou brûlure	position assise prolongée et sport
3	4	1	8	inflammatoire, réactions immunitaires	position assise prolongée
4	7	3	10	inflammatoire, réactions immunitaires	inconnu
5	2	0	10	trauma, opération ou brûlure	mouvements, stress
6	6	6	10	inconnue ou autre	stress, soucis, énervement, activité physique trop intense
7	6	3	9	trauma, opération ou brûlure	Activité physique
8	6	3	9	inconnue ou autre	inconnu

Annexe 20 : Vue d'ensemble des résultats



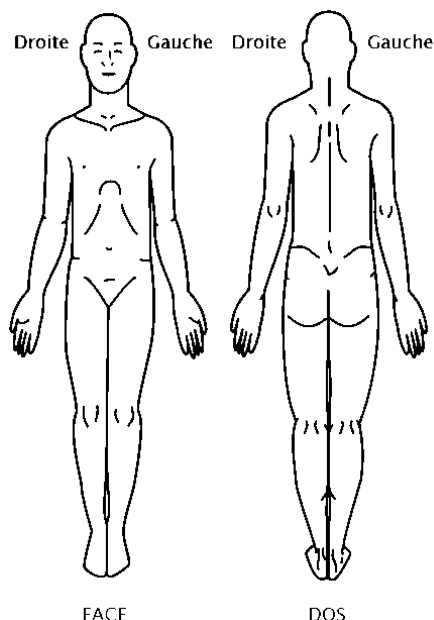
Liens directs



QUESTIONNAIRE

Douleur

- 1) Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve la douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone. Mettez sur le schéma un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps. Mettez un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.¹



- 2) Nous vous proposons d'utiliser une sorte de thermomètre de la douleur qui permet de mesurer l'intensité de la douleur. Entourez le chiffre qui décrit le mieux chaque type de douleur ressentie.²

DOULEUR AU MOMENT PRESENT												
Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

DOULEUR LA PLUS INTENSE DEPUIS LES 8 DERNIERS JOURS												
Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

DOULEUR HABITUELLE DEPUIS LES 8 DERNIERS JOURS												
Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable

¹ Selon l'Institut UPSA de la douleur. Echelles adultes, 2006

² Selon l'Institut UPSA de la douleur. Echelles adultes, 2006

3) Indiquez comment la douleur se manifeste en cochant la case correspondante³

- Douleur continue sans fluctuation sur l'échelle de 0 à 10
- Douleur continue avec de sévères fluctuations sur l'échelle de 0 à 10
- Douleur sous forme d'épisodes répétitifs de manière régulière
- Douleur sous forme d'épisodes répétitifs de manière irrégulière

4) Quelles sont les raisons de la douleur ?

Alimentation

Cochez la case correspondante :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
<i>1. La quantité d'aliments que vous consommez est différente lorsque vous ressentez la douleur</i>				
<i>2. Vos goûts alimentaires ont une intensité différente lorsque vous ressentez la douleur (autant pour les aliments appréciés que pour les aliments non appréciés)</i>				
<i>3. Votre faim est perçue différemment lorsque vous ressentez la douleur</i>				
<i>4. Votre rassasiement (sensation de plénitude après avoir mangé) est perçu différemment lorsque vous ressentez la douleur</i>				

³ Selon Merskey H. Classification of chronic pain, 1994

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
5. <i> Votre envie de manger est perçue différemment lorsque vous ressentez la douleur</i>				
6. <i> Vous consommez de préférence des repas froids lorsque vous ressentez la douleur</i>				
7. <i> Vous modifiez votre alimentation dans le but de soulager la douleur</i>				
8. <i> Vous mangez différemment lorsque votre qualité de sommeil est altérée en raison de la douleur</i>				
9. <i> Vous mangez lors d'insomnies dues à la douleur</i>				
10. <i> Votre capacité à préparer à manger est modifiée lorsque vous ressentez la douleur</i>				
11. <i> Votre capacité à faire les courses est modifiée lorsque vous ressentez la douleur</i>				
12. <i> Votre capacité à vous nourrir est modifiée lorsque vous ressentez la douleur</i>				
13. <i> Vous mangez différemment lorsque vous êtes contrarié(e) à cause de la douleur</i>				

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
14. <i>Vous mangez différemment lorsque vous êtes triste à cause de la douleur</i>				
15. <i>Vous mangez différemment lorsque la douleur diminue votre motivation</i>				
16. <i>Votre participation à des repas conviviaux/festifs avec vos amis/famille est différente lorsque vous ressentez la douleur</i>				
17. <i>Vous êtes plus préoccupé(e) par votre poids depuis que vous ressentez la douleur</i>				
18. <i>La nourriture est un moyen de vous reconforter lorsque vous ressentez la douleur</i>				
19. <i>Vos habitudes alimentaires sont modifiées lorsque vous ressentez la douleur</i>				
20. <i>Votre alimentation peut déclencher/augmenter la douleur</i>				