



HAL
open science

Description des patients douloureux chroniques aux urgences et satisfaction de leur prise en charge : étude
CHRODOLURG

Jean-Baptiste Robledo

► To cite this version:

Jean-Baptiste Robledo. Description des patients douloureux chroniques aux urgences et satisfaction de leur prise en charge : étude CHRODOLURG. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02446352

HAL Id: dumas-02446352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02446352>

Submitted on 20 Jan 2020

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

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

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n° 103

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux

Le 03/07/2019

Par **M. Jean-Baptiste ROBLEDO**

Né le 21 juillet 1990 à Agen

**Description des patients douloureux chroniques
aux urgences et satisfaction de leur prise en charge
Étude CHRODOLURG**

Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Michel GALINSKI

Membres du Jury

Monsieur le Professeur François SZTARK.....Président

Madame le Docteur Pascale LEFORESTIER.....Rapporteur

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA.....Juge

Monsieur le Professeur Philippe REVEL.....Juge

Remerciements

À mon Président de jury, **Monsieur le Professeur François SZTARK**, pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et pour l'attention portée à ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

À mon rapporteur et juge, **Madame le Docteur Pascale LEFORESTIER**, pour avoir accepté de juger ce travail, pour m'avoir transmis ta passion de la médecine d'urgence et ton énergie depuis les débuts de mon externat je te remercie infiniment. Je ne suis pas ici aujourd'hui par hasard, tu y es pour beaucoup. Sois assuré de mon immense gratitude, de mon profond respect et de ma très sincère reconnaissance.

À mon juge, **Monsieur le Professeur Philippe CASTERA**, pour me faire l'honneur de juger cette thèse. Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour votre disponibilité et je vous prie de croire en mes sentiments respectueux.

À mon juge, **Monsieur le Professeur Philippe REVEL**, pour avoir accepté de juger ce travail mais aussi pour sa disponibilité, sa bienveillance et son soutien en tant que coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires de Médecine d'Urgence. Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À mon Directeur de thèse et juge, **Monsieur le Professeur Michel GALINSKI**, pour avoir été à l'origine de ce travail, pour ton infinie patience à mon égard, ton incroyable disponibilité et ton investissement dans ce projet, merci. Sois assuré de ma sincère et immense reconnaissance.

À ma famille pour votre amour, votre soutien tout au long de cet interminable parcours et les valeurs que vous m'avez transmises. Ce travail est aussi, un peu, l'aboutissement du votre. Me voilà désormais arrivé à bon port.

À mes amis d'enfance qui depuis tant d'années m'ont supporté : Olivier et Olivier, Jacques, Luce et Magali.

À mes amis rencontrés au début de mon cursus médical et qui eux aussi continuent de me supporter : Marin, Nicolas, Benoit, Rose, Thomas, Philippine, John, Richard, Lily, Charlotte.

À Marin (encore) et Quentin, pour votre accueil hors pair à Bordeaux.

À mes amis et co-internes rencontrés tout au long de cet internat.

À l'ensemble des médecins qui, tout au long de ce cursus, m'ont accompagné et formé.

À l'ensemble de l'équipe des Urgences Adultes de l'hôpital Pellegrin qui depuis mes premiers pas d'externe jusqu'à aujourd'hui m'a accompagné, formé et donné l'envie d'exercer ce métier.

Table des matières

Remerciements	2
Table des matières	4
Liste des figures	6
Liste des tableaux	6
Abréviations	7
I. Introduction	8
II. Matériels et méthodes	10
A. Type d'étude	10
B. Les critères d'inclusion et de non inclusion	10
C. Critères de jugement.....	11
1. Principal.....	11
2. Secondaires.....	11
D. Protocole de l'étude	11
E. Analyse statistique	11
F. Nombre de sujet nécessaire.....	12
G. Réglementation.....	12
III. Résultats	13
A. Effectif	13
B. Caractéristiques de la population	14
1. Descriptif de la population.....	15
2. Proportion de douloureux chroniques.....	15
C. Comparaison entre patients douloureux chroniques et patients non douloureux chroniques	16
1. À l'entrée.....	17
2. Évolution de la douleur aiguë aux urgences.....	17
3. Satisfaction des patients concernant leur prise en charge aux urgences.....	18
IV. Discussion	19

V. Conclusion	25
VI. Bibliographie :.....	26
VII. Annexes.....	30
A. Annexe 1 : Fiche de recueil CHRODOLURG	30
B. Annexe 2 : Autorisation du CPP	34
Résumé en français	36
Résumé en anglais.....	37
Serment d'Hippocrate.....	38

Liste des figures

Figure n° 1 : diagramme de flux des patients	13
Figure n° 2 : Évolution de la douleur aiguë aux urgences (médiane, IQR et extrêmes) .	17
Figure n° 3 : Taux de patients satisfaits à très satisfaits de leur prise en charge aux urgences	18

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : caractéristiques de la population analysée.....	14
Tableau n° 2 : Comparaison entre patients douloureux chroniques et non douloureux chroniques à l'entrée.....	16

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

DS : Déviation standard

EN : Echelle numérique

EVS : Echelle verbale simple

IC : Intervalle de confiance

IMC : Indice de masse corporelle

OR : Odds Ratio

I. Introduction

Si la douleur aiguë aux urgences est aujourd'hui bien décrite et que sa prise en charge fait l'objet d'une prise en charge protocolisée (1), il n'en va pas de même pour la douleur chronique. Celle-ci n'est souvent pas identifiée, les caractéristiques de la population de patients douloureux chroniques aux urgences nous sont encore largement inconnus et sa prise en charge est non consensuelle.

La douleur chronique est définie par l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* comme une douleur qui « perdure au delà de la période habituelle de cicatrisation de la lésion causale ou douleur persistante pendant plus de 3 à 6 mois » (2).

En France, la prévalence de la douleur chronique non cancéreuse dans la population générale est d'environ 15% (3). Aux urgences, l'étude de Bernard and Wright (4) avait retrouvé une prévalence de douloureux chroniques bien plus importante, de l'ordre de 40%. Plus récemment, un travail préliminaire réalisé en 2016 avait mis en évidence que 38% des patients admis aux urgences de l'hôpital Pellegrin présentait une douleur chronique.

Si l'on considère que le nombre de passage annuel aux urgences en France est d'environ 21 millions (5), cela représente un potentiel de consultation aux urgences de douloureux chroniques d'environ 8 millions par an sur l'ensemble du territoire.

En 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) avait défini la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel. « Il y a douleur chronique, quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs 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. » (6)

Ainsi, lorsqu'elle devient chronique la douleur perd sa finalité de signal d'alarme et elle devient une maladie en tant que telle, qu'elle que soit son origine. En outre, ce type de douleur est associé à une altération de la qualité de vie avec des retentissements somatiques, psychologiques, sociaux et économiques qui peuvent être majeurs. (3) (7)

Aux urgences, les patients douloureux chroniques ont été peu étudiés. Une étude avait montré que les patients douloureux chroniques avaient plus fréquemment recours aux structures de soins, et notamment aux urgences que les autres, d'autant plus que leur handicap était important (8). Les motifs d'insatisfaction des douloureux chroniques aux urgences semblent associés à l'âge, au type de douleur, au temps d'attente, à la réalisation d'une imagerie, à l'administration d'antalgique et au soulagement de la douleur (9). Les motifs principaux de consultation de ces patients dans un travail récent étaient l'exacerbation de la douleur, un répertoire inadéquat de stratégies de coping et la sévérité de la maladie (10). Les facteurs déclenchant pouvaient être mineurs, comme un stress ou une anxiété due à des problèmes d'ordres social ou professionnel.

Ainsi, devant une prévalence élevée et des spécificités de prise en charge, nous avons évalué le niveau de satisfaction des patients douloureux chroniques aux urgences.

L'objectif principal de cette étude était de comparer le niveau de satisfaction des douloureux chroniques et des non douloureux chroniques aux urgences.

Les objectifs secondaires étaient de quantifier la prévalence de patients douloureux chroniques admis aux urgences et de décrire cette population.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective et mono centrique dans le service des urgences adultes du CHU de Bordeaux à l'hôpital Pellegrin. Tous les patients admis aux urgences pendant la période de l'étude étaient suivis jusqu'à la sortie des urgences.

B. Les critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion comprenaient les patients de 18 ans et plus admis aux soins d'urgences de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux en horaire de journée (de 8 h et 17 h), du lundi au vendredi.

Les critères de non inclusion comprenaient :

- Patients admis dans le secteur urgences vitales/déchocage pour une détresse vitale définie par une détresse hémodynamique (état de choc), une détresse respiratoire, une détresse neurologique (coma, alerte thrombolyse), un polytraumatisme.
- Patients non communicants du fait d'un trouble cognitif ou d'un trouble du langage (aphasie, dysarthrie par exemple) ou à la communication non fiable (état psychotique décompensé, agitation aiguë...)
- Barrière linguistique

C. Critères de jugement

1. Principal

Le critère de jugement principal était la satisfaction de la prise en charge globale aux urgences au moment de la sortie des urgences

2. Secondaires

Les critères d'évaluation secondaires comprenaient :

- Taux de patients douloureux chroniques
- Intensité de la douleur à l'arrivée et à la sortie des urgences
- Intensité de l'anxiété et du stress à l'arrivée et à la sortie des urgences
- Nature de la douleur chronique

D. Protocole de l'étude

Tous les patients de 18 ans et plus admis aux urgences de l'hôpital Pellegrin, du lundi au vendredi, de 8 h à 17h étaient inclus. Chaque personne a été informée du but de cette étude, de son déroulement et de sa liberté à y participer ou non. Après cette information il leur était proposé le questionnaire CHRODOLURG (*Cf. annexe n°1 : questionnaire CHRODOLURG*) et ils étaient suivis par un chercheur tout au long de leur hospitalisation aux soins d'urgences.

E. Analyse statistique

Les variables quantitatives de distribution normale ont été représentées par leur moyenne et déviation standard (DS), et celles qui ne le sont pas par leur médiane et les percentiles 25 et 75 (interquartile). Les premières ont été comparées par l'utilisation d'un test t de Student et les secondes par un test non paramétrique de Mann-Whitney.

Les variables qualitatives ont été représentées par leur pourcentage et leur intervalle de confiance à 95% (IC95) et ont été comparées avec un test de Chi². Nous utilisons le logiciel de statistique SPSS 17.0 (SPSS® Inc, Chicago, Illinois, USA).

F. Nombre de sujet nécessaire

Le taux de patients satisfaits à très satisfaits de la prise en charge des urgences est en moyenne de 70%. Nous faisons l'hypothèse que la présence d'une douleur chronique est associée à un taux de satisfaction de 50%. Pour un risque alpha de 5% et une puissance de 90% le nombre de patients douloureux chroniques à inclure devait être de 124. Aux urgences de l'hôpital Pellegrin en 2016, une étude préliminaire avait permis de montrer que 87 patients sur 229 soit 38% [IC 95% 32-44] avaient une douleur chronique, dont 19 n'étaient pas diagnostiqués auparavant. Il fallait donc inclure 327 patients pour atteindre le nombre de sujets nécessaires en se basant sur la fourchette basse du taux de douloureux chroniques. En prenant en compte un risque de perte de données de 10%, il fallait au total inclure 360 patients. Aux urgences de l'hôpital Pellegrin, 55 000 patients sont admis chaque année, soit une moyenne de 150 par jour, c'est à dire de 40 à 60 patients entre 8 et 17 h. En prenant la limite basse, il était prévu une période d'inclusion de 9 jours pour atteindre le nombre de sujets nécessaires.

G. Réglementation

Il s'agissait d'une étude classée en catégorie 3 selon la loi Jardé. Cette recherche entrait dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-003). Le Pôle Urgences Adultes-SAMU de l'hôpital Pellegrin a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de référence ». Cette étude a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV le 21 décembre 2017.

III. Résultats

A. Effectif

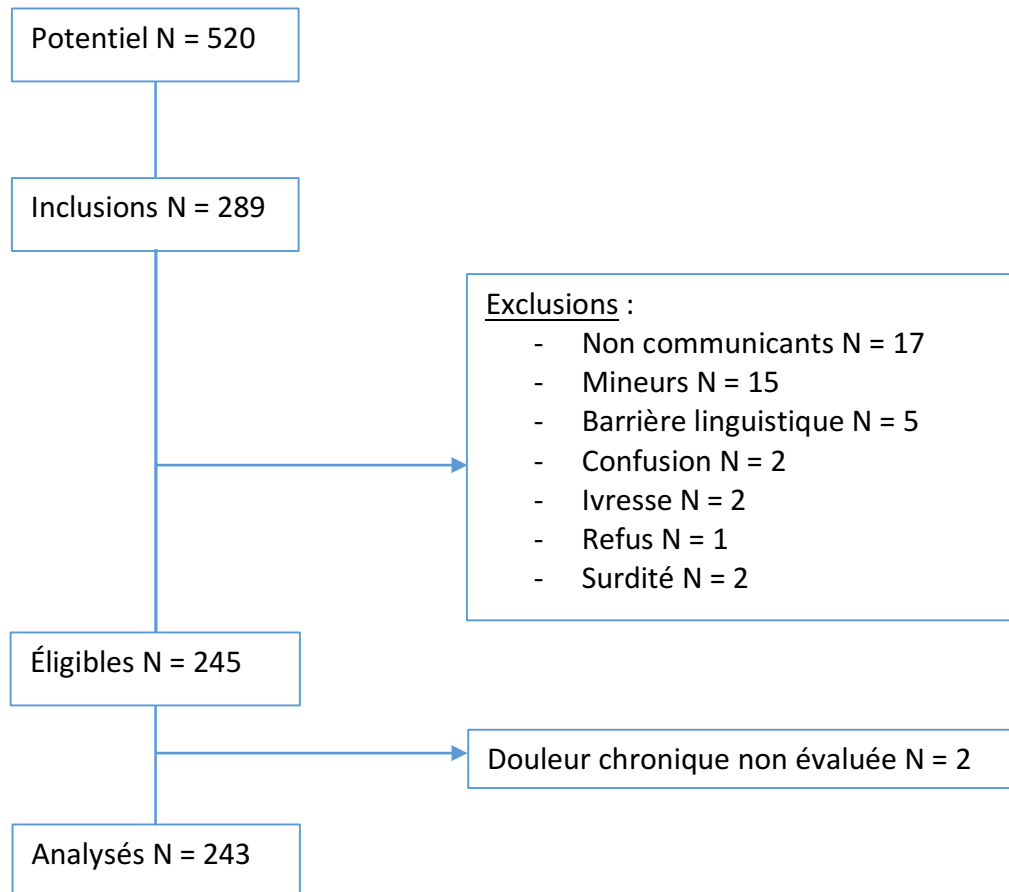


Figure n° 1 : diagramme de flux des patients

Du 2 au 12 janvier 2018, sur un potentiel de 520 patients, 289 patients ont été évalués, soit un taux d'exhaustivité de 55%. Deux cent quarante trois patients ont été analysés, 2 ayant été exclus car la présence ou non d'une douleur chronique n'avait pas été évaluée (Fig. 1).

B. Caractéristiques de la population

Tableau n° 1 : caractéristiques de la population analysée

VARIABLES		EFFECTIFS
Genre – N (%)	F	123 (52,6%)
	M	111 (47,4%)
Manquants		11
Âge, ans – Moy (DS)		50,2 (21,8)
Extrêmes		18 - 97
IMC, kg.m ⁻² – Moy (DS)		25 (5,6)
Mode de venue aux urgences – N (%)		
	Adressé par médecin	80 (33%)
	Adressé par le 15	44 (18%)
	Venu spontanément	107 (44%)
	Autres (employeur, travail, pompiers)	13 (5%)
	Manquants	1
Antécédents – N (%)		
	Médicaux	60 (25%)
	Chirurgicaux	119 (49%)
	Gynéco-obstétricaux	35 (28%)
	Psychiatrique	38 (16%)
	Syndrome dépressif,	36
	Autres	2
	Anxiété	59 (24%)
	Stress	61 (25%)
Raison principale de l'admission aux urgences – N (%)		
	Douleur	148 (61%)
	Dyspnée	20 (8%)
	Fièvre	27 (11%)
	Traumatisme	51 (21%)
Douleur à l'entrée – N (%)		177 (73%)
	Intensité, EN (N=166) – Médiane (IQR), extrêmes	6 [4 - 8], 1 - 10
EVS* N = 5 ; manquants N = 6		
Anxiété à l'entrée – N (%)		91 (37%)
	Intensité, EVS* – Médiane [IQR], extrêmes	3 [2 - 4], 2 - 4
Stress à l'entrée – N (%)		105 (43%)
	Intensité, EVS* – Médiane [IQR], extrêmes	3 [2- 3], 2 - 4

* Aucun(e) = 0 ; faible = 1 ; modéré = 2 ; important = 3 ; très important = 4

1. Descriptif de la population

L'âge moyen était de 50 ans, il y avait 123 femmes (52,6%). 107 patients (44%) étaient venus aux urgences spontanément. La douleur était mentionnée comme raison principale de l'admission aux urgences chez 148 patients soit 61% de l'effectif. Indépendamment de leur motif d'admission principal 177 patients (73%) présentaient une douleur aiguë à l'entrée. Cette douleur était sévère, avec une EN médiane de 6 [IQR 4 – 8] (Tableau 1).

2. Proportion de douloureux chroniques

Cinquante deux patients avaient déclaré avoir une douleur chronique et 28 avoir une douleur évoluant depuis plus de 3 mois. Au total, 80 patients étaient douloureux chronique, soit 32,9 % [IC 95% : 27,0 - 38,8].

Ces douleurs chroniques étaient ostéo-articulaires dans 31% des cas (N = 25), musculo-ligamentaires dans 21% des cas (N = 17), lombaires dans 19% (N = 15), 5 % de cancers (N = 5), neurologiques dans 5% (N = 4) et divers dans 25 % des cas (N = 20). Quarante huit de ces patients (60 %) étaient venus aux urgences pour douleur, celle-ci étant en rapport avec leur douleur habituelle dans 31 % des cas (N = 25).

C. Comparaison entre patients douloureux chroniques et patients non douloureux chroniques

Tableau n° 2 : Comparaison entre patients douloureux chroniques et non douloureux chroniques à l'entrée

Symptômes		Pas de douleur chronique	Douleur chronique	p
Genre	F	76 (61%)	31 (29%)	0,1
	M	77 (71%)	48 (39%)	
Manquants N = 11				
Âge, ans - Moy (DS)		47 (22)	57 (20)	0,002
IMC , kg.m ⁻² – Moy (DS)		24 (5,3)	26 (5,9)	0,01
Motifs de consultation				
- Douleur		100 (61%)	48 (60%)	NS
- Dyspnée		11 (6%)	9 (11%)	NS
- Fièvre		20 (12%)	7 (8%)	NS
- Traumatisme		38 (23%)	13 (16%)	NS
Douloureux aux urgences		119 (73%)	58 (73%)	NS
Anxiété aux urgences		61 (37%)	30 (38%)	NS
Stress aux urgences		67 (41%)	38 (47%)	NS

1. À l'entrée

Les patients douloureux chroniques étaient significativement plus âgés et plus lourds que les patients non douloureux chroniques. En revanche, il n'y avait pas de différence pour le genre, les motifs de recours, la présence d'une douleur, d'une anxiété ou d'un stress aux urgences (Tableau 2).

2. Évolution de la douleur aiguë aux urgences

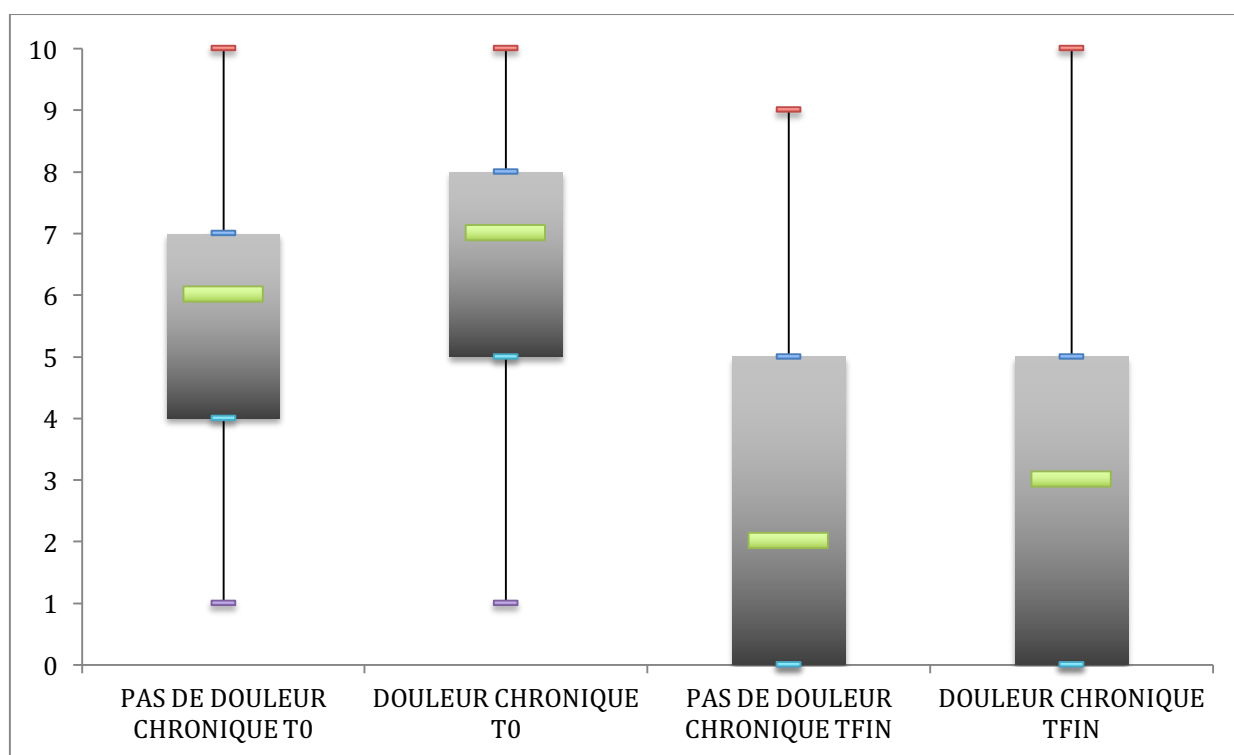


Figure n° 2 : Évolution de la douleur aiguë aux urgences (médiane, IQR et extrêmes)

Les deux populations avaient des douleurs intenses à l'arrivée et l'intensité de la douleur avait significativement diminué entre l'entrée et la sortie des urgences, sans différence significative entre les patients douloureux chroniques et ceux qui ne l'étaient pas (Figure 2).

3. Satisfaction des patients concernant leur prise en charge aux urgences

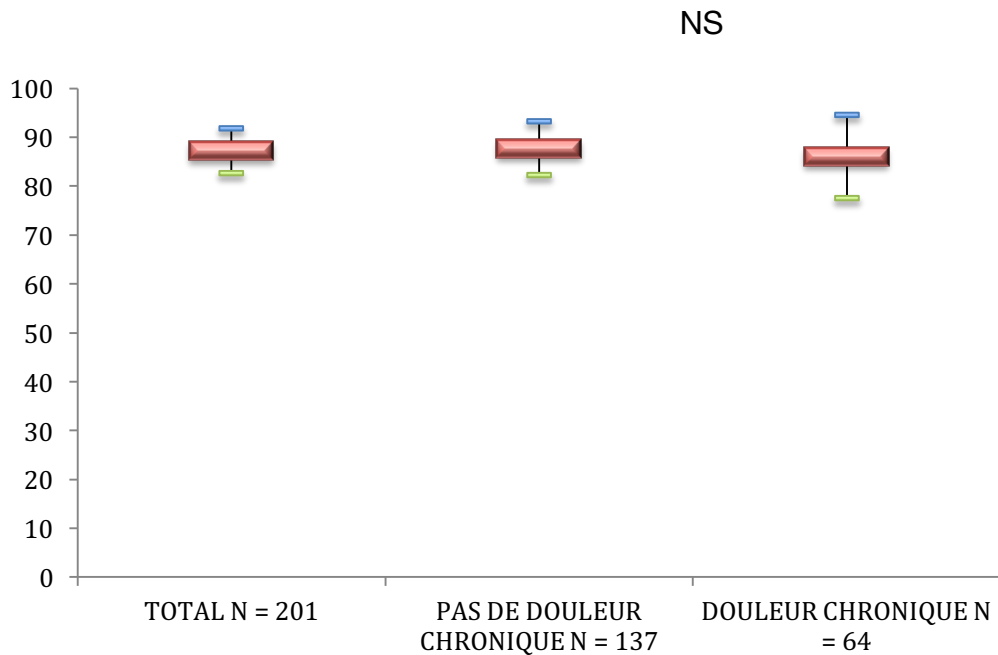


Figure n° 3 : Taux de patients satisfaits à très satisfaits de leur prise en charge aux urgences

Quatre vingt sept pour cent des patients étaient satisfaits à très satisfaits de leur prise en charge aux urgences et il n’y avait pas de différence significative entre les patients douloureux chroniques et ceux qui ne l’étaient pas (Figure 3).

IV. Discussion

Cette étude a montré que le niveau de satisfaction des patients douloureux chroniques aux urgences n'était pas différent de celui des patients non douloureux chroniques.

Le taux de douloureux chroniques aux urgences de Pellegrin était de 33% [IC 95% : 27 – 39]. Parmi ceux venant pour douleur aiguë, celle-ci était en rapport avec une exacerbation de leur douleur chronique habituelle dans 31% des cas.

Ce travail présentait cinq grandes limites. Premièrement le nombre de sujets nécessaire n'a pas été atteint, ce qui induit un manque de puissance.

En deuxième lieu nous n'avons pas recruté pour des raisons pratiques les patients se présentant en horaire de nuit ou en week-end ce qui peut compromettre la représentativité de notre effectif. Nous avons également exclu les patients présentant une urgence vitale parce que nous pensions qu'interroger ces patients ne serait pas approprié ou pas possible. Bien que d'intérêt, cette population est généralement exclue des autres études de ce type réalisées aux urgences.

En troisième lieu le caractère monocentrique de l'étude entraîne un possible biais de recrutement, d'autant plus que la proximité avec un centre de douleur chronique et le caractère universitaire de l'hôpital Pellegrin est susceptible d'entraîner un effet centre. C'est pourquoi la prévalence des douloureux chroniques aux urgences pourrait ne pas être généralisable. Toutefois, cela n'a aucun impact sur la comparaison des niveaux de satisfaction entre les patients.

En quatrième lieu nous avons défini la douleur chronique comme évoluant quotidiennement depuis plus de 3 mois. Il existe une divergence d'opinion à propos du temps depuis lequel la douleur doit être présente pour être qualifiée de chronique. Cette fenêtre temporelle varie de 1 à 3 mois (2) (11) à plus de 6 mois pour certains auteurs. (12) (13) Il n'existe donc pas qu'une seule définition de la douleur chronique et plusieurs d'entre elles, incluant celle que nous avons utilisée ont été critiquées. (14)

Enfin, le taux d'exhaustivité n'est que de 55% ce qui est faible dans l'absolu et peut donc concourir à un manque de représentativité de la cohorte.

La force principale de cette étude résidait dans son originalité. En effet, aucune étude similaire n'a été retrouvée dans la littérature. Le schéma d'étude adopté constituait également un point fort puisqu'il s'agissait d'une étude prospective, permettant un recueil de données fiable.

La douleur est le premier motif de consultation aux urgences. Dans une étude prospective observationnelle récente portant sur 1035 patients, une équipe avait mis en évidence que 70,7% des patients présentaient une douleur à l'entrée aux urgences. (15) Dans notre étude, nous avons trouvé que 73% (N = 177) des patients présentaient une douleur à l'entrée et que la douleur était le motif principale de la venue aux urgences dans 61 % (N = 148) des cas. Notre prévalence de douleur à l'entrée est similaire à celle retrouvée dans deux autres études s'intéressant à la prévalence de la douleur aux urgences. (4) (16)

Lorsqu'elle était présente, la douleur ressentie à l'entrée aux urgences était considérée comme intense puisque nous relevions une médiane à 6 [4-8]. Dans une étude observationnelle, prospective et multicentrique regroupant 842 patients *Todd et al.* avaient montré que la douleur moyenne ressentie à l'entrée aux urgences était à 8 sur l'EVA, ce qui corrobore nos résultats. (17) De leur côté, *Tcherny-Lessenot et al.* avaient montré dans une étude réalisée sur 726 patients d'hôpitaux parisiens qu'à l'entrée, la douleur était considérée comme intense par 54% des patients. (18)

Il est donc bien établi que la douleur aiguë est fréquente chez les patients consultant aux urgences. Nous avons également montré qu'un tiers des patients rapportait une douleur chronique. Dans une étude prospective sur 476 patients réalisée aux États-Unis, *Bernard and Wright* avaient retrouvé un taux de douloureux chroniques de l'ordre de 40% chez l'ensemble des patients interrogés. (4). L'étude préliminaire réalisée en 2016 dans notre centre (et non publiée) retrouvait une prévalence de la douleur chronique de 38%.

Considérant que la prévalence de patients douloureux chroniques est de 15% dans la population générale (3), leur sur-représentation aux urgences met en exergue le fait que ces patients ont davantage recours aux urgences, ce qu'avait déjà montré *Blyth et al.* (8). Dans cette étude menée sur une cohorte téléphonique rétrospective de 17 543

patients il était mis en évidence que les patients douloureux chroniques avaient plus fréquemment recours aux structures de soins, et notamment aux urgences que les autres, et ce, d'autant plus que leur handicap était important. Parmi les douloureux chroniques les plus gênées dans leur activité quotidienne le risque de consulter aux urgences était 5 fois plus important sur l'année comparativement aux patients ne présentant pas de douleur chronique. De la même façon *Bernard and Wright* avaient obtenu des résultats concordants. Dans leur étude, plus d'un patient douloureux chronique sur trois déclarait avoir fréquenté au moins quatre fois les urgences au cours de l'année écoulée. (4)

Parallèlement, même si les douloureux chroniques sont nombreux aux urgences, ils ne consultent pour une exacerbation de leur douleur habituelle que dans un tiers des cas, ce qui représente 10% de l'effectif global. Dans leur étude prospective portant sur 476 patients, *Bernard and Wright* mettaient déjà en évidence que seul 33% des douloureux chroniques consultaient pour une acutisation de leur douleur habituelle, soit 13,7% de leur effectif total. Beaucoup se présentaient pour des douleurs différentes et certains consultaient pour un motif autre que la douleur. (4) Dans leur étude portant sur 1665 patients *Cordell et al.* retrouvaient aussi qu'environ 11% des patients se présentaient pour le traitement d'une douleur chronique. (19) Dans une revue de la littérature portant sur 29 articles, *McLeod et Nelson* ont montré que l'exacerbation de douleur chronique était sous-tendue par différents facteurs comme des troubles du sommeil, une détresse psychologique, des problèmes sociaux ou professionnels, une activité réduite, des échecs répétés de traitement, un traitement complexe, une progression de la maladie, une origine culturelle ou le désir constant de trouver un traitement contre la douleur. Même si le service des urgences n'est pas le lieu idéal pour prendre en charge ces patients, il constitue le derniers recours pour beaucoup d'entre eux. En l'absence de service spécialisé à même de les suivre, il est donc nécessaire que les urgences leur offre une approche cohérente et intégrée de la prise en charge et ce, 24h/24. (10)

Concernant l'étiologie des douleurs chroniques nous relevons que celles-ci étaient d'origine ostéo-articulaire dans 31% des cas (N = 25) et que les causes musculo-squelettiques (ostéo-articulaires, musculo-ligamentaires et lombaires) représentaient

71% (N = 57), soit la grande majorité de l'étiologie des douleurs chroniques. Dans leur interview téléphonique prospective sur 4292 patients réalisée dans 15 pays européens et en dehors de services d'urgence, *Breivik et al.* retrouvaient une prévalence de douleur ostéo-articulaires un peu plus élevée de l'ordre de 42% mais en additionnant les causes ostéo-articulaires, lombaires et musculo-ligamentaires ils obtenaient eux-aussi une prévalence d'environ 70%. (3) Ainsi, le profil des patients douloureux chroniques aux urgences semble être identique à celui des patients présentant une douleur chronique non cancéreuse en population générale.

Dans notre échantillon les patients douloureux chroniques étaient significativement plus âgés que les non douloureux chroniques [47 ans en moyenne vs 57 ans]. En population générale la prévalence et la sévérité de la douleur chronique augmente avec l'âge. Ainsi, dans un sondage réalisé sur 3605 patients, *Smith et al.* avaient montré que la proportion de douloureux chroniques était de 6.3% [IC 95% : 4,2 – 8,4] pour la tranche d'âge de 22 à 34 ans alors qu'elle était de 22,9% [IC 95% : 19,4 – 26,4] chez les patients de plus de 75 ans. La proportion de douleur chronique sévère évoluait selon un schéma similaire passant de 3,4% [IC95% : 1,9 – 4,9] (22 - 34 ans) à 10,6% [IC 95% : 8,0 – 13,2] chez les patients les plus âgés (> 75 ans). (20) Dans une revue systématique de la littérature concernant la douleur chronique au Royaume-Uni, *Fayaz et al.* avaient aussi montré que la prévalence de la douleur chronique augmentait avec l'âge, de 14,3% chez les patients jeunes (18 – 39 ans) à 62% chez les plus de 75 ans. (21). En revanche, dans une étude prospective réalisée aux urgences et portant sur 476 patients *Bernard and Wright* n'avaient pas retrouvé d'association entre l'âge et une plus grande proportion de douloureux chroniques. (4) Pour les auteurs, ce manque de différence était probablement secondaire à une cohorte trop petite. On peut aussi penser que le profil des patients aux urgences n'était pas le même que celui de la population générale étudiée plus haut.

Nous ne relevons par ailleurs pas de différence en ce qui concerne le genre. Dans la littérature les résultats sont contrastés : certains ne retrouvaient pas non plus de différence significative, que ce soit aux urgences (4) ou en population générale (22) tandis que d'autres ont mis en évidence une prévalence plus importante de femmes dans le groupe douleur chronique. (23) Pour *Smith et al.* la proportion plus élevées de femmes

dans le groupe douleur chronique tendait à disparaître pour les douleurs chroniques les plus sévères. (20)

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le motif de recours et notamment en ce qui concerne la douleur. La proportion de patients se présentant pour douleur aux urgences était de l'ordre de 60%, que les patients présentent une douleur chronique ou pas. Là encore, *Bernard and Wright* retrouvaient un ratio similaire avec 73% des douloureux chroniques se présentant pour douleur contre 67% lorsqu'il s'agissait de patients non douloureux chroniques.

L'association entre la douleur chronique et les troubles psychiatriques est aujourd'hui bien démontrée. On retrouve dans la littérature que 20 à 50% des patients atteints de douleurs chroniques présentent les critères d'un épisode dépressif majeur (24) (25), l'importante variabilité des prévalences retrouvées semblant être avant tout liée au cadre de recrutement des patients. *McWilliams et al.* avaient montré sur une cohorte de 5877 patients représentatifs de la population générale américaine qu'outre la dépression, la douleur chronique était associée à une plus forte prévalence de trouble anxieux ou de l'humeur, la plus forte association étant observée avec les troubles paniques (OR = 4,27) et le stress post traumatique (OR = 3,69). Il n'existait pas dans notre échantillon de différence significative pour le niveau de stress ou d'anxiété présent aux urgences ; nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude s'intéressant à l'anxiété générée par une consultation aux urgences sur les douloureux chroniques. Ainsi, la consultation dans un service d'urgence ne semble pas être davantage anxiogène pour les douloureux chroniques que pour les autres patients.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative d'intensité de la douleur à l'arrivée entre les patients douloureux chroniques et les autres, alors même qu'un tiers des patients douloureux chroniques présente une douleur en rapport avec une douleur habituelle. Dans leur étude rétrospective *Todd et al.* avaient montré que les patients douloureux chroniques étaient plus nombreux à présenter une douleur sévère (EVA 8 – 10) que ceux présentant une douleur récurrente (81% vs 71%) (9) mais aucune étude n'a fait la comparaison avec les patients non douloureux chroniques.

Notre étude est également la première à montrer que l'évolution semble favorable, et ce dans les deux groupes, puisque la douleur décroît de façon symétrique et sans

différence significative dans les deux populations de patients. Néanmoins ces résultats nécessiteront d'être étayés par des études de plus grande envergure. Là encore, *Todd et al.* avaient mis en évidence que les patients présentant une douleur chronique se déclaraient moins bien soulagés que ceux présentant une douleur récurrente (9), mais aucune étude aux urgences ne s'est intéressée à la comparaison entre douloureux chroniques et non douloureux chroniques.

En population générale des études mettaient déjà en évidence que les patients douloureux chroniques se déclaraient satisfaits du traitement de leur douleur : en 2003 dans un sondage téléphonique portant sur 1004 patients douloureux chroniques, 58% déclaraient être satisfaits à très satisfaits du traitement de leur douleur (26) tandis qu'en 2004 dans un autre sondage téléphonique 70% des patients se déclaraient satisfaits à très satisfaits de la façon dont leur douleur avait été traitée. (27) Mais peu d'études se sont intéressées à la satisfaction des patients douloureux chroniques à la sortie des urgences et, à notre connaissance, aucune en France. En 2010 *Todd et al.* avaient montré dans une étude rétrospective avec rappel téléphonique que 73% des patients porteur d'une douleur récurrente ou chronique se déclaraient satisfaits de leur prise en charge aux urgences. Cependant ils n'avaient pas comparé ces résultats avec le niveau de satisfaction de patients non douloureux chroniques fréquentant les mêmes urgences. (9) Dans ce travail les douleurs chroniques, définies comme permanentes depuis plus de 3 mois, étaient distinguées des douleurs récurrentes présentes au long cours mais non permanentes. L'intensité de la douleur des patients douloureux chroniques était plus souvent sévère, ces patients se considéraient moins soulagés à la sortie des urgences et moins pris au sérieux par l'équipe médicale que ceux présentant une douleur récurrente. Ces derniers avaient par ailleurs un plus haut niveau de satisfaction (OR = 2) comparativement aux douleurs chroniques. Nous n'avons pas fait cette distinction dans notre étude.

V. Conclusion

Cette étude a mis en évidence que la douleur chronique n'avait pas d'influence sur la satisfaction des patients aux urgences, même si cela reste à confirmer par des études de plus grande envergure.

Elle a permis également de confirmer une incidence de la douleur chronique de l'ordre de 27% à 39%. Parmi ces patients, leur motif de consultation aux urgences était en rapport avec leur douleur chronique dans un cas sur trois.

Compte tenu du nombre important de patients douloureux chroniques aux urgences, la mise en place d'études plus importantes semble nécessaire.

VI. Bibliographie :

1. Vivien B, Adnet F, Bounes V, Chéron G, Combes X, David J-S, et al. Recommandations formalisées d'experts 2010: sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999). *Ann Fr Médecine Urgence*. janv 2011;1(1):57-71.
2. Merskey H, Bogduk N, International Association for the Study of Pain, éditeurs. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994. 222 p.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. mai 2006;10(4):287-287.
4. Bernard AM, Wright SW. Chronic pain in the ED. *Am J Emerg Med*. oct 2004;22(6):444-7.
5. Les établissements de santé [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf>
6. douleur_chronique_argumentaire.pdf [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
7. Tunks ER, Crook J, Weir R. Epidemiology of Chronic Pain with Psychological Comorbidity: Prevalence, Risk, Course, and Prognosis. *Can J Psychiatry*. avr 2008;53(4):224-34.

8. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. sept 2004;111(1-2):51-8.
9. Todd KH, Cowan P, Kelly N, Homel P. Chronic or Recurrent Pain in the Emergency Department: National Telephone Survey of Patient Experience. *West J Emerg Med*. déc 2010;11(5):408-15.
10. McLeod D, Nelson K. The role of the emergency department in the acute management of chronic or recurrent pain. *Australas Emerg Nurs J*. 1 févr 2013;16(1):30-6.
11. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA*. 25 mars 2009;301(12):1242-52.
12. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 8 juill 1998;280(2):147-51.
13. Herbert C. *Pain: Clinical manual (2nd edn)* by M. McCaffrey & C. Pasero. 1999. C. V. Mosby, St Louis. ISBN 0 8051 5609 X. Pp. 796. f21.95. *J Clin Nurs*. 6 juill 2000;9(4):650-650.
14. Oduneye F, Lenton S, Milner P. Chronic pain. *The Lancet*. 15 janv 2000;355(9199):233.
15. Mura P, Serra E, Marinangeli F, Patti S, Musu M, Piras I, et al. Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. *J Pain Res*. 12 déc 2017;10:2781-8.
16. Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-Week Survey of Pain Intensity on Admission to and Discharge from the Emergency

Department: A Pilot Study 1. *J Emerg Med.* 1 mai 1998;16(3):377-82.

17. Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, et al. Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *J Pain.* juin 2007;8(6):460-6.
18. Tcherny-Lessenot S, Karwowski-Soulié F, Lamarche-Vadel A, Ginsburg C, Brunet F, Vidal-Trecan G. Management and Relief of Pain in an Emergency Department from the Adult Patients' Perspective. *J Pain Symptom Manage.* juin 2003;25(6):539-46.
19. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med.* mai 2002;20(3):165-9.
20. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract.* 1 juin 2001;18(3):292-9.
21. Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open.* mai 2016;6(6):e010364.
22. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Cairns Smith W, Alastair Chambers W. The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet.* oct 1999;354(9186):1248-52.
23. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the national health and nutrition examination I. Epidemiologic follow-up study: *Pain.* mai 1993;53(2):163-8.
24. Smith GR. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 juill 1992;14(4):265-72.

25. Sharp J, Keefe B. Psychiatry in Chronic Pain: A Review and Update. FOCUS. sept 2006;4(4):573-80.

26. Americans Talk About Pain: A Survey Among Adults Nationwide Conducted for Research!America. Peter D. Hart Research Associates, August 2003, [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.researchamerica.org/sites/default/files/uploads/poll2003pain.pdf>

27. Cowan P. Americans Living With Pain Survey. Roper Public Affairs & Media, April 2004, Available at: <http://www.theacpa.org/documents/FINAL%20PAIN%20SURVEY%20RESULTS%20REPORT.pdf>.

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Fiche de recueil CHRODOLURG

CHRODOLURG 2018 - Pôle Urgences adultes / SAMU – Hôpital Pellegrin

**ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DES
PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES.
ÉTUDE OBSERVATIONNELLE PROSPECTIVE MONOCENTRIQUE**

CHRODOLURG

ÉTIQUETTE

Date :/...../ 2018

Heure d'enregistrement :

Objectif : Déterminer si la présence d'une douleur chronique a un impact sur la satisfaction des patients pris en charge aux urgences de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux

Critères d'inclusion : Tous les patients admis aux soins d'urgences entre 8 h et 17 h, du lundi au vendredi.

Critères de non inclusion :

- Patients admis dans le secteur urgences vitales/Déchocage pour une détresse vitale définie par une détresse hémodynamique (état de choc), une détresse respiratoire, une détresse neurologique (coma, alerte thrombolyse), un polytraumatisme.
- Patients non communicants du fait d'un trouble cognitif chronique ou d'un trouble du langage (aphasie, dysarthrie) par exemple.

- Barrière linguistique

Critère de jugement principal : Proportion de patients satisfaits à très satisfaits de la prise en charge globale aux urgences

Critère de jugement secondaire

Taux de patients douloureux chroniques – Intensité de la douleur à l'arrivée et à la sortie des urgences – Intensité de l'anxiété à l'arrivée et à la sortie des urgences

DDN : .../.../....

POIDS :

TAILLE :

1 - Mode de venue aux urgences :

Adressé (e) par un médecin

Adressé (e) par le centre 15

Venu (e) spontanément

Autre (préciser) :

2 - Principaux antécédents :

Médicaux :

Chirurgicaux :

Gynéco-obstétricaux :

Psychiatriques : OUI (Préciser) NON

Anxiété OUI NON

Stress OUI NON

Dépression OUI NON

3 - Avez-vous une douleur chronique pour laquelle vous êtes suivis et/ou traités?

OUI NON

Si oui, étiologie de cette douleur :

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Cancéreuse | <input type="checkbox"/> | Non cancéreuse | <input type="checkbox"/> |
| | | Ostéoarticulaire | <input type="checkbox"/> |
| | | Musculo-ligamentaire | <input type="checkbox"/> |
| | | Lombaire | <input type="checkbox"/> |
| | | Neurologique | <input type="checkbox"/> |
| | | Autre | <input type="checkbox"/> |
| | | Non étiquetée | <input type="checkbox"/> |

4 - Avez-vous une douleur quotidienne évoluant depuis plus de 3 mois non traitée, non suivie ?

OUI NON

Si oui, nature de cette douleur :

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Cancéreuse | <input type="checkbox"/> | Non cancéreuse | <input type="checkbox"/> |
| | | Ostéoarticulaire | <input type="checkbox"/> |
| | | Musculo-ligamentaire | <input type="checkbox"/> |
| | | Lombaire | <input type="checkbox"/> |
| | | Neurologique (DN4*) | <input type="checkbox"/> |
| | | Autre | <input type="checkbox"/> |
| | | Non étiquetée | <input type="checkbox"/> |

TRAITEMENT

5 - Traitement habituel :

6 - Traitement antalgique (traitement pris quotidiennement depuis au moins 3 mois)

- | | | |
|------------------------------|-----|-----|
| Opiacés forts | OUI | NON |
| Gabapentine/Prégabaline | OUI | NON |
| Antidépresseurs tricycliques | OUI | NON |
| Autres : | | |

ÉVALUATION INITIALE AUX URGENCES

7 - Quelle est la **raison principale** pour laquelle vous venez aux urgences :

Douleur	OUI	NON
Dyspnée	OUI	NON
Fièvre	OUI	NON
Traumatisme	OUI	NON

Autres (préciser) :

8 - Est-ce en rapport avec une **douleur habituelle** (diagnostiquée ou non) : OUI NON

9 - Actuellement, avez vous une douleur évoluant depuis **moins** de 15 jours : OUI NON

10 - Si oui, cette douleur est-elle en relation avec une douleur habituelle : OUI NON

11 - Intensité de cette douleur à l'arrivée aux urgences :

EN (de 0 (aucune douleur) à 10 (la pire imaginable)) =

EVS** (si EN non réalisable) =

12 - Actuellement, êtes-vous anxieux : OUI NON

Si oui : Un peu - Modérément - Beaucoup - Extrêmement

13 - Actuellement, êtes vous stressé : OUI NON

Si oui : Un peu - Modérément - Beaucoup - Extrêmement

ÉVOLUTION AUX URGENCES

14 - Intensité de la douleur à la sortie des urgences (si elle existait à l'entrée) :

EN (de 0 (aucune douleur) à 10 (la pire imaginable)) =

EVS** (si EN non réalisable) =

15 - Avez-vous eu des gestes, des soins aux urgences : OUI NON

16 - Intensité de la douleur associée à un geste ou un soin, le cas échéant :

EN (de 0 (aucune douleur) à 10 (la pire imaginable)) =

EVS** (si EN non réalisable) =

17 - Êtes-vous **satisfait** (e) de votre prise en charge aux urgences ?

Pas du tous satisfait (e)

Un peu satisfait (e)

Moyennement satisfait (e)

Satisfait (e)

Très satisfait (e)

18 – DIAGNOSTIC DÉFINITIF RETENU :

- **Traitement reçu aux urgences :**

- Jour et heure de sortie des urgences : .. /.. / : ..

* **Questionnaire DN4 : Évaluation du caractère neuropathique de la douleur**

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"/>

** **EVS - Échelle Verbale Simple :** Absence de douleur

Douleur faible

Douleur modérée

Douleur intense

Douleur forte

B. Annexe 2 : Autorisation du CPP

087

Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV

Président : F. VASSEUR
Vice-Président : S. DUHEM
Secrétaire Général : Y.

Lille, le 21 décembre 2017

VENDEL

Membres titulaires :

H. BRUSCAIT
S. COSTA
A. De BOUVET
X. LABBEE
E. MATES
G. MARCHAL
N. MESSAADI
S. BONTEMPS
L. WILLEIATTE-
PELLETERI
F. DANICOURT-BARRIER

Monsieur LEROY Jean-Pierre
DRCI – CHU BORDEAUX
12 rue Dubernat
33404 TALENCE Cedex

Monsieur le Docteur GALINSKI
Hôpital Pellegrin
Pôle Urgence Adultes
CHU Bordeaux
33000 BORDEAUX

Membres suppléants :

M. DE MEDEIROS
M. FOULARD
F. MACIAG
C. THERY
T. DANIEL
M-C. DALLE
G. BOLET
L. DELASSUS
A-F. GERME
M-C. DUBOIS
S. SOON
E. DUBART
P. DENNES
S. KOSINSKI

CE COMPTE RENDU ANNULE ET REMPLACE LE PRECEDENT
Qui mentionnait la date de réunion erronée du jeudi 21 décembre 2018

Projet de recherche mentionné au 3° de l'article L.1121-1 du code de santé publique

REPONSES AUX REMARQUES DE L'AVIS INITIAL

**COMPTE RENDU [REDACTED] : REMARQUES PRISES EN
COMPTE**

Référence à rappeler dans toute correspondance : CPP 17/30
N° d'enregistrement : 2017 A00153 50
Intitulé du projet : « Description des patients douloureux chroniques aux urgences et modalités de prise en charge »
Promoteur : CHU BORDEAUX
Investigateur principal : Dr GALINSKI
Référence des documents étudiés :
Courrier du Promoteur daté du 06/12/2017
Courrier de l'investigateur principal daté du 05/12/2017
Document de réponses aux remarques protocole version 2 du 05/10/2017

Date de la réunion : jeudi 21 décembre 2017

Membres présents :

Mr DUHEM – Représentant des Psychologues
Mme DELASSUS – Représentant des Personnes Qualifiées en Recherche Biomédicale
Mr VASSEUR – Représentant des Personnes Qualifiées en Recherche Biomédicale-biostatistique
Mme BOLET – Représentant en matière juridique
Mme VENDEL – Représentant des Personnes Qualifiées en Recherche Biomédicale
Mme DENNES – Représentant des Pharmaciens hospitaliers
Mme COSTA – Représentant des Infirmiers

Secrétaire :

Marie Noëlle Faux
Médecin en USMD
11 rue du Professeur
Lagasse
CHRU LILLE
CS70001
59037 LILLE Cedex

CPP 17/30

page 1

Tel : 03 20 44 41 65 Fax : 03 20 44 41 65 Email : cpn@comite@chru.lille.fr
<http://www.comite-de-protection-des-personnes-nord-ouest-iv.lille.fr>

Madame, Cher Confrère,

Le Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV, lors de sa réunion du jeudi 21 décembre 2017, dans le cadre de la procédure allégée article R1123-23 du code de santé publique a pris connaissance des documents concernant l'étude citée en référence.

Je vous rappelle que le Comité de Protection des Personnes Nord Ouest IV avait émis un avis favorable avec remarques à l'avis initial lors de sa séance du jeudi 23 novembre 2017.

Concernant la version du protocole qui avait été transmise avec cette réponse du Promoteur la version du document était référencée « XX » sur la quasi totalité des entêtes et pieds de page et référencé version 3 du 01/02/2017 sur d'autres parties du protocole. Le Comité s'étonnait de cette nomenclature et de ces dates. En effet, l'examen initial du dossier date du 29/06/2017, soit postérieurement à la date du 01/02/2017 mentionnée sur la présente réponse du Promoteur. Il y avait donc un **problème de date et de versions** dans les documents du protocole.

Par ailleurs concernant la note d'information qui était annexée à cette réponse du Promoteur, celle-ci était datée aussi d'une date antérieure. Il y avait de nouveau incohérence de date.

Le Promoteur a transmis les corrections effectuées au Comité.

Le CPP Nord Ouest IV vous remercie d'avoir pris en compte les remarques émises.

Cette étude est conforme aux articles L1121-1 et L1123-7 du code de la santé publique définissant les conditions de validité de la recherche.

Cet avis a été rendu sans que les membres éventuellement concernés par l'étude aient pris part au vote.

Je vous prie de croire, Madame, Cher Confrère, à l'expression de mes meilleures salutations.

Docteur Francis VASSEUR
Président du CPP Nord Ouest IV

CPP Nord Ouest IV
Le Président
Bâtiment ex USN B (RDC)
6 rue du Professeur Lagasse
CHRU LILLE - CS 70001
59037 LILLE CEDEX

Description des patients douloureux chroniques aux urgences et satisfaction de leur prise en charge Étude CHRODOLURG

Introduction : Si la douleur aiguë aux urgences est aujourd'hui bien décrite, il n'en va pas de même pour la douleur chronique. Celle-ci concerne jusqu'à 40% des patients aux urgences. L'objectif principal était de comparer le niveau de satisfaction des douloureux chroniques et des non douloureux chroniques aux urgences.

Matériel et méthode : Dans cette étude observationnelle, prospective, monocentrique, réalisée du 2 au 12 janvier 2018 aux urgences du CHU de Bordeaux, tous les patients majeurs admis aux urgences du lundi au vendredi en journée recevaient un questionnaire pour déterminer s'ils étaient porteur d'une douleur chronique, leur niveau de satisfaction et l'intensité de leur douleur.

Résultats : Deux cent quarante trois patients ont été analysés. 32,9% (80 patients) déclaraient être porteur d'une douleur chronique. 10,2% (25 patients) consultaient pour une exacerbation de leur douleur chronique. 87% des patients étaient satisfaits à très satisfaits de leur prise en charge aux urgences, sans différence significative entre les douloureux chroniques et les autres. Il n'existait pas de différence d'évolution de la douleur dans ces deux groupes de patients entre l'entrée et la sortie des urgences.

Discussion : Un grand nombre de patients aux urgences présentent une douleur chronique. Ces patients ont davantage recours aux urgences mais seul un tiers d'entre eux consultent pour une exacerbation de leur douleur habituelle. Les douloureux chroniques semblent se montrer aussi satisfaits que les autres de leur prise en charge au urgences.

Conclusion : Aux urgences, la douleur chronique est fréquente et ne semble pas avoir d'influence sur la satisfaction des patients.

Mots clés : Douleur chronique, Urgences, Satisfaction

Description of patients with chronic pain admitted in emergency department and satisfaction of their management

CHRODOLURG study

Introduction : While acute pain is well analysed and treated for, little attention is given to patients dealing with chronic pain in the ED, even though it concerns up to 40% of admitted patients. The goal of this study is to compare patient's level of care satisfaction, between patients having chronic pain and those without.

Material and method : In this observational, prospective, single-center study conducted for eleven days in January 2018 in the ED of a Bordeaux university hospital, all patients aged 18 and older, admitted to the ED between Monday and Friday, received a questionnaire that determined if they had chronic pain, pain intensity and their level of ED care satisfaction.

Results : Two hundred and forty three patients were analyzed. 32,9% (80 patients) reported chronic pain. 10,2% (25 patients) consulted for an exacerbation of their chronic pain. 87% of the patients were satisfied to very satisfied with their care in ED, without significant difference between patients with chronic pain and others. There was no difference in pain outcome between the entrance and exit of emergencies.

Discussion : Many non-critical ED patients have chronic pain, with a higher use of the ED, but only a third of them consult for an exacerbation of their usual pain. Patients with chronic pain seem to be as satisfied as the others in their care in emergencies.

Conclusion : In the ED, chronic pain is common and does not seem to affect patient satisfaction in the care provided.

Keywords : Chronic Pain, Emergency Department, Satisfaction

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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