



HAL
open science

Douleur chronique après un passage aux urgences : fréquence et facteurs associés dans la population de l'étude SOFTER 3

Anaïs Adam

► **To cite this version:**

Anaïs Adam. Douleur chronique après un passage aux urgences : fréquence et facteurs associés dans la population de l'étude SOFTER 3. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02511345

HAL Id: dumas-02511345

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02511345v1>

Submitted on 18 Mar 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° 233

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux

Le 13/12/2019

Par Mlle Anaïs ADAM

Née le 28 novembre 1989 à Curepipe

**Douleur chronique après un passage aux urgences :
fréquence et facteurs associés dans la population de
l'étude SOFTER 3.**

Directeur de Thèse
Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE

Membres du Jury

Monsieur le Professeur Xavier COMBES.....Président
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI..... Rapporteur
Monsieur le Professeur Philippe REVEL.....Juge
Monsieur le Docteur Eric TELLIER.....Juge

Table des matières

Remerciements.....	3
Liste des abréviations.....	6
I. Introduction	7
II. Matériels et méthodes	10
A. Type d'étude	10
B. Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	10
C. Critère de jugement	11
D. Analyse statistique	11
E. Réglementation	11
III. Résultats	12
A. Caractéristiques de la population	12
B. Critère de jugement principal	14
C. Analyse des patients indemnes de DC initialement.....	15
D. Facteurs associés à l'existence d'une DC	16
E. Facteurs associés à l'existence d'une DC chez les patients indemnes de DC initialement	17
IV. Discussion	18
A. Forces et faiblesses.....	18
B. Caractéristiques de la population et critère de jugement principal.....	19
C. Facteurs associés l'existence d'une DC à trois mois.....	23
V. Conclusion	26
VI. Bibliographie	27
VII. Annexes	32
A. Annexe 1 : Questionnaire à l'entrée des urgences.....	32
B. Annexe 2 : Questionnaire à la sortie des urgences.....	36
C. Annexe 3 : Questionnaire lors du rappel téléphonique à trois mois.....	37
Résumé	43
Serment d'Hippocrate	44

À mon Président de jury, **Monsieur le Professeur Xavier COMBES**, 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, **Monsieur le Professeur Michel GALINSKI**, pour avoir accepté de juger ce travail. Merci pour sa disponibilité et son aide sans limites, le partage de ses connaissances, et pour l'infinie patience qu'il a eue à mon égard. Je tiens à vous exprimer ma profonde et sincère reconnaissance.

À mon juge, **Monsieur le Professeur Philippe REVEL**, pour me faire l'honneur de juger cette thèse, pour sa disponibilité mais aussi, et particulièrement, pour son soutien et sa bienveillance à mon égard en tant que coordonnateur du DESC de Médecine d'Urgences et en tant qu'humain. Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude et reconnaissance et je vous prie de croire en mes sentiments respectueux.

À mon juge, **Monsieur le Docteur Eric TELLIER**, pour avoir accepté de juger ce travail. Qu'il trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À mon Directeur de thèse et juge, **Monsieur le Docteur Cédric GIL-JARDINE** pour avoir été à l'origine de ce travail et pour son aide plus que précieuse. Merci pour ton soutien, pour ton infinie patience à mon égard, pour ta disponibilité et pour le temps que tu y as consacré. Tu m'as permis d'accéder à mon projet professionnel. Sois assuré de ma sincère et immense reconnaissance.

A mes parents,

Vous m'avez donné la coque. Vous avez posé le mat, réglé les haubans, hissé la grand voile. Vous m'avez appris à barrer. Puis, vous m'avez appris les vents, les marées, les courants. Et enfin quand j'étais prête, vous m'avez offert la carte du monde et ouvert le champ des possibles. « Merci » n'est pas à la hauteur de ce que je veux vous dire. Vous, mon écoute, celle sur laquelle je tire pour aller plus vite ou pour remonter au vent, que je relâche sur un grand largue mais qui jamais, ne s'échappe de mes mains. Je vous aime.

A Rach, Alex et Manou (désolée Manou j'ai fait dans l'ordre alphabétique),

Tellement de moments de bonheur, de rires et d'amour partagés ensemble. Chacun de vous, à sa manière, m'a accompagné avec une bienveillance extraordinaire au fil de mes études et de ma vie. Merci d'avoir toujours été là, et d'être ce fil rouge si important pour moi. Je vous aime !

A Philou,

Pour m'avoir supporté, rassuré et soutenu avec autant d'amour et de bienveillance ces derniers mois. Merci de toujours trouver les mots pour me faire rire et relativiser. Merci d'être là et de partager cette route avec moi. Je t'aime.

A Mam et Pere, à Dado et Pere, à Tantine, à Madeleine, et à ma famille,

Votre amour et votre soutien m'ont porté au fil de ces années. Merci d'être si présents dans ma vie malgré la distance. Je pense très fort à vous aujourd'hui.

A Mere,

Pour l'amour, pour l'inspiration et pour l'exemple d'une vie réussie.

A Elo, Steph, Oliv, Mane, Auré, Vaness, Ing, Nik, Cam d'H, Cam M, In, Joh, Will :

Vous avez été là depuis le début et même bien avant. On dit qu'une amitié qui dure et ne vieillit pas c'est quelque chose d'extraordinaire. Merci d'être ces valeurs sûres sur lesquelles je peux toujours compter.

A Vaness, Ing, Ju, Vivi, Cécé, Marie, Alice, Nesrine, Arthur, Toto, Hugo, Mainmain, Diane, Clémence, et tous les autres :

Merci à ces belles rencontres, vous êtes quasiment tous là aujourd'hui, comme toujours. Je chéris toutes les conneries, toutes les gueules de bois, tous les fous rires et tous les bons moments qu'on a pu partager ensemble, autour d'un bounty en fin de semaine, dans les entrailles d'un baobab sénégalais ou dans la baie de San Seb à 4h du mat. Vous n' imaginez pas l'importance qu'a eu pour moi votre bienveillance, vos encouragements et votre présence ces derniers mois. Vous êtes devenus mes amis, puis ma famille d'ici.

A la Scissor crew, à la team Sushi-conf, à la team Victoire, et tous les autres que je n'ai pas cité mais que je n'oublie pas :

Je remercie toutes ces personnes que j'ai croisées au fil de mon externat réunionnais et bordelais et qui sont devenues aujourd'hui mes amis. Merci d'avoir été là !

Merci à tous ces médecins et équipes soignantes que j'ai croisés, qui m'ont formé et qui m'ont transmis cette envie d'exercer une médecine plus consciencieuse et plus humaine.

Abréviations

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

DC : Douleur chronique

DCPO : Douleur chronique post-opératoire

EIQ : Ecart interquartile

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EN : Echelle numérique

IC : Intervalle de confiance

IASP : International Association for the Study of Pain

PCLS : Post-concussion like symptoms

RC : Rapport de cotes

SOFTER : SymptOms Following Trauma Emergency Response

I. Introduction

La douleur, symptôme-clé bien souvent central en médecine, est une notion qui a été définie par l'International Association for the Study of Pain (IASP) en 1979 comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite en ces termes par le patient » (1). La douleur aiguë est un signal d'alarme utile résultant d'une cascade d'événements neurophysiologiques, qui déclenche des réponses réflexes et comportementales dont le but est d'en supprimer la cause et ainsi de limiter les conséquences (2,3). En l'absence de lésion tissulaire continue, cet état de sensibilité accrue à la douleur revient avec le temps à son état de base et un nouveau stimulus est nécessaire pour déclencher une douleur. Mais parfois, cette douleur se prolonge dans le temps alors même que sa cause initiale est guérie (3). Celle-ci ne joue plus un rôle d'alarme mais traduit une dérégulation du système et devient pathologique. Les mécanismes de la nociception laissent alors la place à la physiopathologie de la douleur chronique (DC). Alors que généralement, l'événement à l'origine de la douleur aiguë est un traumatisme tissulaire, les mécanismes physiopathologiques aboutissant à une douleur chronique, n'ont pas été encore complètement élucidés (3,4), . Nous savons qu'ils impliquent un mécanisme clé qui est la sensibilisation du système nerveux central résultant d'une propriété fondamentale de notre système nerveux : la neuroplasticité (4). Il s'agit de l'expression de phénomènes neurophysiologiques, d'une hyperexcitabilité et d'une hyperactivité des neurones médullaires spinothalamiques. Elle est à l'origine de l'hyperalgésie qui est définie comme une diminution du seuil de douleur, et qui se traduit cliniquement par une douleur induite par des stimulations non douloureuses (allodynie), des stimulations nociceptives conduisant à une intensité anormalement élevée de la douleur mais également par la persistance ou mémoire de la sensation douloureuse après arrêt de la stimulation. Ce

phénomène d'hypersensibilité peut persister sur une longue période après son activation (5).

Dans les recommandations de décembre 2008, (6) la HAS définit la douleur chronique : « 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. »

En France, il y a eu 21 millions de passages aux Urgences en 2018 (7). La douleur, quels que soient son type et son origine, est le motif de consultation le plus fréquent aux Urgences avec une prévalence autour de 70% rapporté dans la littérature (8-10). Les étiologies de ces douleurs sont très variées.

Des études ont montré que certains patients souffrent encore de douleurs plusieurs mois après la survenue d'un traumatisme, avec une incidence variant de 26 à 45 % selon la nature du traumatisme et la population (11-14). Par exemple, il a été rapporté que 37 % des 1 181 patients inscrits dans un registre australien présentaient des douleurs modérées à sévères six mois après un traumatisme osseux (11). La douleur chronique post-opératoire (DCPO), son incidence et ses facteurs de risque ont également été largement étudiés, faisant même l'objet de recommandations formalisées d'experts édictées par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en 2008. Ainsi, l'incidence globale des DCPO est estimée à 30 % pour les douleurs modérées à fortes après chirurgie lourde (thoracotomie, amputation, chirurgie du rachis ...) et les principaux facteurs de risque sont

le type de chirurgie, l'existence d'une douleur pré-opératoire et son intensité, la consommation pré et post-opératoire d'antalgiques notamment d'opioïdes - reflet de l'intensité de la douleur -, l'anxiété pré et post-opératoire ainsi que les facteurs psychosociaux (15).

En France, la prévalence de la douleur chronique est estimée à 15% en population générale (16). Les patients douloureux chroniques ont plus souvent recours aux soins hospitaliers et consultent plus aux Urgences que le reste de la population (16,17). La DC représente ainsi un fardeau social et économique dont l'importance génère un véritable enjeu de santé publique. (4,16) Si la chronicisation de la douleur pour certaines étiologies spécifiques a été assez bien étudiée, nous ne retrouvons pas dans la littérature d'études concernant la chronicisation de la douleur de façon globale, toute étiologie confondue, et particulièrement après un passage aux urgences.

Ainsi devant une prévalence de la douleur aiguë élevée et une population variée faisant des urgences un lieu d'étude privilégié et l'absence de documentation scientifique concernant la chronicisation d'une douleur, toute étiologie confondue, nous avons évalué le taux de chronicisation de la douleur après un passage aux urgences.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le taux de patients présentant une douleur chronique, indépendamment de son origine, après un passage aux urgences.

L'objectif secondaire était d'identifier le cas échéant les facteurs associés au passage à la chronicité de la douleur.

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude secondaire de l'étude SOFTER 3 (18) qui prend la forme d'une cohorte prospective. L'étude SOFTER 3 était un essai comparatif ouvert bicentrique, randomisé, contrôlé, avec un suivi téléphonique à trois mois dont l'objectif était d'évaluer la supériorité de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) pratiquée aux urgences par rapport aux soins usuels dans la prévention de l'apparition de « Post-Concussion-Like Symptoms » (PCLS). Nous avons groupé l'ensemble des patients de SOFTER 3 en une seule cohorte pour notre étude.

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion

Tous les adultes de 18 ans et plus, consultant aux urgences adulte de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux ou de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon entre 8h et 18h étaient éligibles.

Les critères d'inclusion comprenaient :

- âge de 18 ans et plus
- être conscient
- être capable de comprendre les consignes de l'étude et de la suivre en totalité.
- parler le français
- présenter un traumatisme physique (dont la cause date de moins de 24 heures) ou un problème médical aigu nouveau (et consultant pour la première fois aux urgences pour cet état)
- avoir un score de dépistage des patients à risque de PCLS > 1 : sexe féminin: +1, prise d'anxiolytiques: +1, état de santé antérieur à l'admission auto-évalué (excellent, très bon : 0, bon: +1, passable: +2, mauvais: +3) (18).
- être affilié à la Sécurité Sociale
- répondre au rappel téléphonique à trois mois

Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient :

- Consommation aiguë ou chronique de drogue ou d'alcool pouvant interférer, selon l'enquêteur, avec l'adhérence aux exigences de l'étude.
- Incapacité ou refus de la personne ou de son représentant légal à écrire son consentement.
- Incapacité ou refus de la personne à être contacté pour les entretiens de suivi à 3 et 12 mois.

C. Critère de jugement

Le critère de jugement principal était l'existence d'une douleur quotidienne à trois mois d'un passage aux urgences.

D. Analyse statistique

Une analyse univariée a été réalisée pour évaluer l'effet de chaque variable sur la survenue du critère de jugement principal, en utilisant un test de Mann-Whitney-Wilcoxon pour les variables quantitatives et un test du Fisher pour les variables qualitatives. Les variables dont la valeur de p était inférieure à 0,20 ont été sélectionnées pour une analyse multivariée faite par une régression logistique. Les résultats sont exprimés en Rapport de Côte (RC) avec leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%). Un $p < 0,05$ a été considéré comme significatif. Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel R version 3.6.1 « Action of the Toes ».

E. Réglementation

Notre étude était une étude secondaire de SOFTER 3. Ce projet de recherche a reçu l'aval du Comité de Protection des Personnes (CPP), Ouest II Angers (N° RCB = 2017-A01462-51, N° CPP = 2017/36). L'étude princeps a été enregistrée sur ClinicalTrial.gov (NCT03400813)

III. Résultats

A. Population de l'étude

L'inclusion s'est déroulée de janvier 2018 à juillet 2018 période durant laquelle 1885 patients étaient admis aux urgences, dont 246 patients ont refusé l'évaluation des critères d'éligibilité. Sur les 1609 patients éligibles, seuls 313 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude SOFTER 3 et ont donc été randomisés. Deux cent dix-huit de ces patients ont pu être contactés à trois mois et constituent notre population d'étude. (Figure 1)

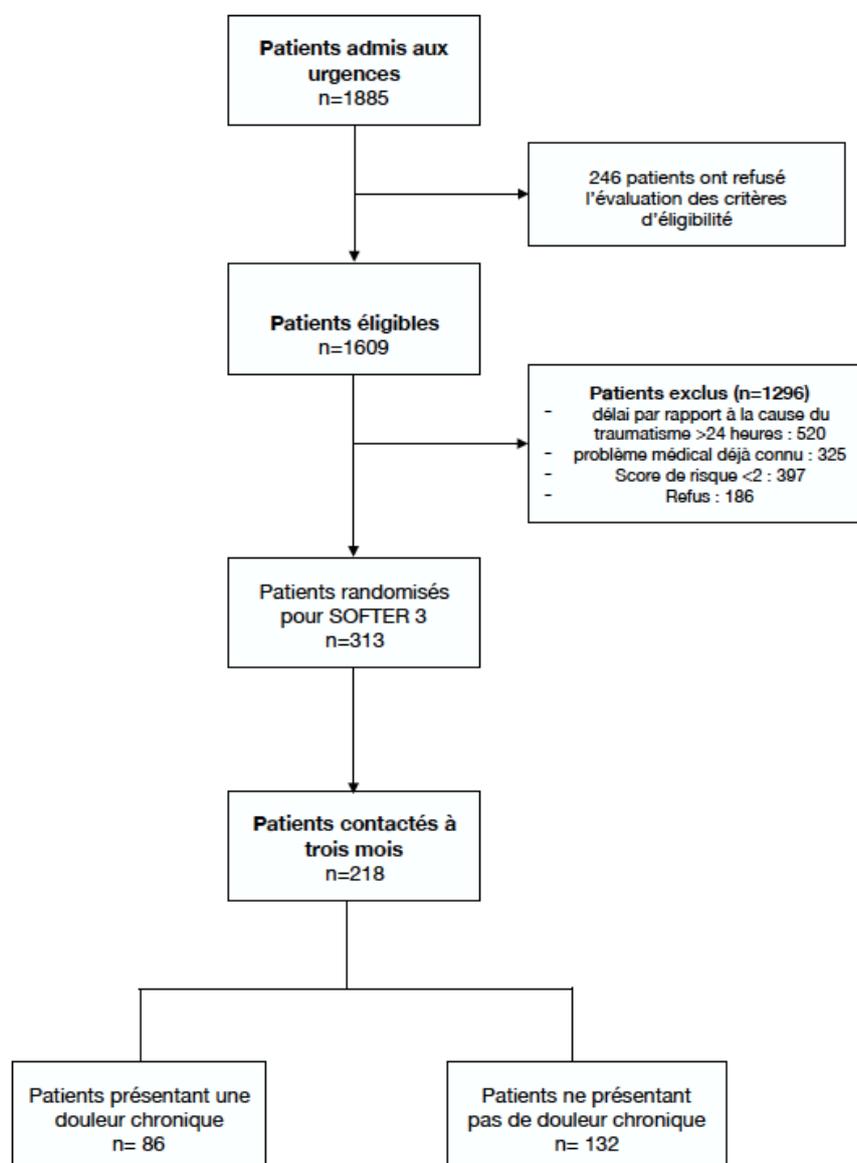


Figure 1: Diagramme des flux de la population de l'étude

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population et comparaison des patients douloureux chroniques ou non lors du rappel à trois mois

		AUX URGENCES :		RAPPEL A 3 MOIS :				
				Pas de douleur chronique		Douleur chronique	Valeur de p	
VARIABLES		EFFECTIFS	%	N	%	N	%	
		218		132	60,6%	86	39,4%	
Sexe	Féminin	162	74,3 %	99		63	NS	
Age		46 [31-62]						
Age par tranche d'âge							0,06	
	Moins de 30 ans	54	24,9 %	40		14		
]30-50]	65	30 %	34		31		
]50-60]	40	18,3 %	21		19		
	Plus de 60 ans	58	26,7 %	37		21		
Premier passage aux urgences		198	90,8 %	120		78	NS	
Etat de santé auto-évalué à l'entrée:							0.02	
	Excellente	1	0,4 %	1		0		
	Très bonne	8	3.6%	6		2		
	Bonne	78	35.8%	57		21		
	Moyenne	106	48.6%	54		52		
	Mauvaise	25	11.5%	14		11		
Prise d'anxiolytique		63	28,9 %	32		33	0,06	
Existence d'une douleur répétée depuis au moins 3 mois avant le passage aux urgences		108	49,3 %	57		51	0,024	
Douleur à l'admission		157	72 %	86		71	0.005	
Intensité de la douleur à l'admission		5.0 [0.0-6.0]		4.0 [0.0-6.0]		5.0 [3.0-7.0]		0.001
Intensité de la douleur							0.01	
	Nulle ou faible 0-3	89	41,4 %	64		25		
	Modérée 4-5	55	25,6 %	30		25		
	Sévère 6-10	71	33 %	36		35		
Stress autoévalué à l'entrée		4.0 [0.0-6.0]		3.0 [0.0-6.0]		5.0 [1.0-6.0]		0.16
Douleur à la sortie		101	61,2 %	50		51	0.001	
Intensité de la douleur à la sortie		2.0 [0.0-5.0]		1.0 [0.0-5.0]		3.0 [0.5-7.0]		0.002
Intensité de la douleur							0.02	
	Nulle ou faible 0-3	98	59,4 %	64		34		
	Modérée 4-5	34	20,6 %	21		13		
	Sévère 6-10	32	19,4 %	12		20		
Stress autoévalué à la sortie		2.0 [0.0-5.0]		2.0 [0.0-5.0]		2.5 [0.0-5.0]		NS
Consommation de tabac		61	28,5 %	30		31	<0.05	
Consommation d'alcool		134	62 %	78		56	NS	

L'âge médian de la population étudiée était de 46 ans (EIQ [31-62]). Les femmes représentaient 74% (n=162) de la population. A l'admission, 157 patients (72%) étaient douloureux dont 4 sur 5 présentaient une douleur modérée à sévère, et 101 l'étaient à la sortie des urgences dont deux tiers présentaient une douleur modérée à sévère. Cent huit patients (49%) ont répondu « oui » à la question : « En dehors de votre arrivée aux urgences, avez-vous ressenti une douleur répétée au cours des trois mois précédents ? » et 63 (29%) prenaient des anxiolytiques. La majorité des patients, soit 184 patients (84%) considéraient leur santé comme étant « Bonne » ou « Moyenne ». Le niveau de stress médian à l'entrée était de 4 (EIQ: [0.0-6.0]), et de 2 (EIQ: [0.0-5.0]) à la sortie. (Tableau n°1).

B. Critère de jugement principal

Quatre vingt six patients décrivaient la présence d'une DC trois mois après leur passage aux urgences, soit un taux de douloureux chronique de 39,4% (IC 95% [32.9-45.9]) après un passage aux urgences (Tableau n°1).

Parmi les patients douloureux chroniques à trois mois, 51 patients soit 47% (p= 0.02) avaient déjà des douleurs répétées depuis au moins trois mois avant de venir aux urgences.

C. Analyse des patients non douloureux chroniques initialement

Tableau n°2 : Caractéristiques de la population et comparaison des patients douloureux chroniques ou non lors du rappel à trois mois dans le sous-groupe des non douloureux chroniques initialement

VARIABLES	AUX URGENCES :		RAPPEL A 3 MOIS :		Valeur de p	
	EFFECTIFS	%	Pas de douleur chronique N	Douleur chronique N		
	101		69	32		
			68,3%	31,7%		
Sexe	Féminin	76	75,2 %	51	63	NS
Age par tranche d'âge						0.98
	Moins de 30 ans	29	29 %	20	9	
]30-50]	27	27 %	19	8	
]50-60]	11	11 %	8	3	
	Plus de 60 ans	33	33 %	22	11	
Etat de santé auto-évalué à l'entrée:						0.07
	Excellente	1		0	1	
	Très bonne	3		0	3	
	Bonne	47		35	12	
	Moyen	45		25	20	
	Mauvaise	5		5	0	
Prise d'anxiolytique		29		18	11	0,47
Douleur à l'admission		69	68,3 %	44	25	0.17
Intensité de la douleur à l'admission		4.0 [0.0-6.0]		3.0 [0.0-5.0]	5.0 [1.0-7.0]	0.07
Intensité de la douleur						0.18
	Nulle ou faible 0-3	48	47,5 %	37	11	
	Modérée 4-5	24	23,8 %	15	9	
	Sévère 6-10	29	28,7 %	17	12	
Stress autoévalué à l'entrée		3.0 [0.0-6.0]		2.0 [0.0-6.0]	3.5 [0.0-5.25]	0.47
Douleur à la sortie		49	48,5 %	28	21	0.03
Intensité de la douleur à la sortie		3.0 [0.0-5.0]		2.0 [0.0-5.0]	4.0 [0.5-7.0]	0.02
Intensité de la douleur						0.052
	Nulle ou faible 0-3	49	61,3 %	36	13	
	Modérée 4-5	14	17,5 %	10	4	
	Sévère 6-10	17	21,3 %	7	10	
Stress autoévalué à la sortie		2.0 [0.0-5.0]		2.0 [0.0-5.0]	2.5 [0.0-5.0]	NS
Consommation de tabac		27	26,7 %	16	11	0.33
Consommation d'alcool		56	55,4 %	37	20	0.58

Parmi les 101 patients qui n'avaient pas de douleur chronique lors de l'admission aux urgences, 31,7% (IC 95% [23.0-41.8]) en avait lors du rappel. Concernant les caractéristiques de ce sous-groupe, 29% des patients avaient moins de 30 ans et 33% plus de 60 ans. Les femmes représentaient 75%. Soixante-neuf patients étaient douloureux à l'admission (68,3%) avec une intensité médiane de 4 (EIQ: [0.0-6.0]), et 32 « (46%) d'entre eux présentaient une douleur modérée à sévère. A la sortie, 49 patients étaient douloureux avec une intensité médiane de 3 (EIQ: [0.0-5.0]) et deux tiers présentaient une douleur modérée à sévère. Dans ce sous-groupe, 29 patients prenaient des anxiolytiques et 92 patients (91%) considéraient leur santé comme étant « Bonne » ou « Moyenne ». Le taux de stress auto-évalué à l'entrée médian était de 3 (EIQ: [0.0-6.0]), et de 2 (EIQ: [0.0-5.0]) à la sortie.

D. Facteurs associés à l'existence d'une DC à trois mois

Tableau n°3 : Facteurs associés à l'existence d'une DC à trois mois d'une passage aux urgences dans différents modèles

VARIABLES	RC brut		RC ajusté*	
	RC	IC 95%	RC	IC 95%
Prise d'anxiolytique	1.76	[0.97–3.20]	2.58	[1.12–6.15]
Etat de santé auto-évalué	2.57	[1.45–4.7]	3.27	[1.49–7.49]
Douleur intense** à l'admission	1.82	[1.02–3.26]	1.63	[0,65–4.08]
Douleur intense** à la sortie	3.01	[1.37–6.87]	3.02	[1.04–9.2]
Existence d'une douleur répétée depuis au moins trois mois avant de venir aux urgences	1.92	[1.1–3.41]	1.64	[0,8–3.35]

RC = Rapport de côtes ; IC95% : Intervalle de confiance à 95%

* ajusté sur les variables sexe, age, prise d'anxiolytique, état de santé auto-évalué, intensité de la douleur à l'admission, intensité de la douleur à la sortie et l'existence d'une douleur répétée avant la venue aux urgences

** définie par une EN \geq 6

L'existence d'une douleur répétée depuis au moins trois mois avant de venir aux urgences était associé significativement à l'existence d'une DC à trois mois, avant ajustement (RC: 1.92 - IC95% [1.1–3.41]). Les facteurs associés à l'existence d'une DC à trois mois d'un

passage aux urgences étaient, après ajustement : la prise d'anxiolytique, l'état de stress auto-évalué et la douleur intense à l'admission (RC : 2.58 - IC95% [1.12–6.15], RC: 3.27 - IC95% [1.49–7.49] et RC 3.02 - IC95% [1.04–9.2], respectivement) (Tableau n°3).

E. Facteurs associés à l'existence d'une DC à trois mois chez les patients indemnes de DC initialement

Tableau n°4 : Facteurs associés à l'existence d'une DC à trois mois d'une passage aux urgences dans le sous-groupe des patients indemnes de douleur répétée dans les trois mois précédent la venue aux urgences, dans différents modèles

VARIABLES	RC brut		RC ajusté*	
	RC	IC 95%	RC	IC 95%
Prise d'anxiolytique	1.48	[0,59–3.66]	4.44	[1.20-18.81]
Etat de santé auto-évalué	2.17	[0,93–5.23]	4.87	[1.43–19.46]
Douleur intense** à l'admission	1.84	[0,74–4.53]	1.13	[0,19–5.69]
Douleur intense** à la sortie	3.87	[1.29–12.27]	7.39	[1.39-52.87]

RC = Rapport de côtes ; IC95% : Intervalle de confiance à 95%

* ajusté sur les variables sexe, âge, prise d'anxiolytique, état de santé auto-évalué, intensité de la douleur à l'admission, et intensité de la douleur à la sortie

** définie par une EN \geq 6

Dans le sous-groupe des patients indemnes de « douleur répétée depuis au moins trois mois» initialement, en analyse multivariée, la douleur sévère (EN \geq 6), la prise d'anxiolytiques et l'état de santé auto-évalué du patient étaient associés à l'apparition d'une DC à trois mois (RC : 7,39 - IC95% [1.39-52.87], RC: 4.44 - IC95% [1.20-18.81] et RC 4.87 - IC95% [1.43–19.46], respectivement) (Tableau n°4).

IV. Discussion

Cette étude nous a montré que 39,7% (IC 95% [32.9-45.9]) des patients développaient une douleur chronique après un passage aux urgences pour un événement traumatologique ou une pathologie médicale aiguë, et que certaines variables comme l'intensité de la douleur à leur sortie, la prise d'anxiolytique et leur état de santé auto-évalué étaient associés au risque de chronicisation.

A. Forces et faiblesses

Ce travail est une étude ancillaire. Les patients étaient sélectionnés pour les besoins de l'étude princeps puisqu'ils devaient être à risque de PCLS. Cet élément limite clairement la généralisation des résultats à la population générale des urgences. Par exemple, les femmes étaient sur-représentées. Pour des raisons pratiques et les besoins de l'étude principale, les inclusions ont été faites à des heures ouvrables uniquement. Askenasi et al, dans une étude rétrospective impliquant 16 800 dossier-patients des urgences de l'hôpital Erasme à Bruxelles, a montré des différences significatives en terme de type de patient et de motif d'admission selon les horaires de consultation (jour ou nuit, jour ouvrable ou non) (20). Ce mode de recrutement pourrait donc altérer la représentativité de notre échantillon.

Nous avons choisi pour notre critère de jugement principal, une définition de la DC précise : une douleur quotidienne évoluant depuis trois mois au moins. Or, il existe de nombreuses définitions de la DC dans la littérature, très hétérogènes notamment en terme de temporalité et les avis divergent concernant la validité de chacune d'elle (21). En effet, si l'existence de la « douleur chronique-maladie » est depuis une quinzaine d'années, largement admise par l'ensemble de la communauté médicale et scientifique, elle était très mal codifiée, ne faisant même pas partie de la Classification Internationale des Maladies (CIM) (22). La CIM-10 est une classification publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle fournit un langage commun pour notifier et suivre les maladies permettant ainsi au monde entier de comparer et d'échanger des données de manière

cohérente et normalisée, facilitant la collecte et le stockage des données en vue de l'analyse et de la prise de décision. Sa onzième révision (CIM-11) a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2019 et entrera en vigueur dans les états membres de l'OMS en 2022 (23). C'est la première à inclure la DC. La définition retenue est celle 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. La douleur chronique est une douleur qui persiste ou réapparaît pendant plus de 3 mois. » (24). Cela va faciliter le suivi de la prévalence, l'incidence et les facteurs associés à la douleur chronique et donc à terme améliorer la prise en charge de la DC, voire la prévenir.

Par ailleurs, le design initial de l'étude implique un recueil de donnée minimaliste sur la douleur à trois mois, à savoir une unique question. Il aurait été intéressant d'étayer le questionnaire, pour avoir notamment des données sur le type de douleur, sa fréquence et son intensité. Aussi, de nombreuses variables potentiellement prédictives de l'apparition d'une DC selon la littérature, n'ont pas été incluses dans le recueil de données.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant l'incidence de la douleur chronique toute étiologie confondue après un passage aux Urgences, cette originalité fait la principale force de notre étude. Il s'agissait d'une étude prospective permettant ainsi un recueil fiable. Le caractère bicentrique de notre étude constitue aussi une de ses forces, en limitant les biais liés à la variabilité inter-centre, et en nous permettant d'élargir notre population.

B. Caractéristiques de la population et critère de jugement principal

Quatre-vingt quatorze ont été perdu de vue au cours de l'étude, celui représente environ 30%. Cependant les caractéristiques des patients ayant répondu à l'appel à trois mois ne différaient pas de celles des patients qui sont allés au bout de l'étude (19). Ces patients

perdus de vue n'ont probablement pas modifié de manière très importante l'influence des différents facteurs.

Concernant les données démographiques de notre étude, l'âge médian de notre population est comparable à celui retrouvé dans la littérature, autour de 45 ans (8, 25). La proportion de femmes rapportée dans la plupart des études est entre 50 et 56%, soit bien inférieure à celle que notre étude a montré (8, 26). Le sexe féminin faisant partie du score de risque de PCLS utilisé pour inclure nos patients, nous nous attendions donc à cette différence qui limite la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la population. Le manque de données socio-démographiques des patients de notre étude était limitant pour deux raisons : d'une part pour évaluer la représentativité de notre échantillon par rapport à notre population cible, et d'autre part parce que dans la littérature, des études ont montré une influence des facteurs socio-démographiques comme le bas niveau socio-économique, la génétique, le travail ou encore le niveau d'activité physique sur la DCPO (15, 17, 27).

La prévalence de la douleur à l'admission retrouvée dans l'étude est comparable à celle habituellement décrite dans les autres études. En effet, Boccard et al. dans une étude française multicentrique incluant 1352 patients avait montré une prévalence de 76% de la douleur (9) et Guéant et al, dans une étude plus récente réalisé dans 50 centres d'urgences français avait montré une prévalence de 68,2% (28). Dans la littérature, plusieurs autres études françaises et internationales, et de designs différents confirment une prévalence de la douleur autour de 70% à l'admission aux urgences (8, 10, 25, 29, 30).

Bernard et Wright, dans une étude prospective portant sur 476 patients admis aux urgences avait montré un taux de DC de 40,5% (25). Deux études s'intéressant à ce sujet ont été réalisées aux urgences de l'hôpital Pellegrin. Il s'agit d'abord d'un travail

préliminaire (non publié) en 2016 qui avait mis en évidence que 38% des patients admis aux urgences de l'hôpital Pellegrin présentait une douleur chronique, puis de l'étude CHRODOLURG en 2018 avait trouvé un taux de 33% [IC 95% : 27,0 - 39] (31). Dans notre étude, le taux de DC retrouvé à l'admission était bien supérieur. Cette différence pourrait s'expliquer à plusieurs niveaux. En premier lieu, il existe un biais de sélection important car l'étude SOFTER 3 n'incluait que des patients à haut risque de développer des PCLS, qui sont eux-même associés à l'existence d'une DC (19). En deuxième lieu, la définition de la DC utilisée dans les différentes études est variable. La prévalence est difficilement reproductible. Ceci explique les grandes différences de prévalence constatées d'une étude à l'autre. Dans l'étude de Bernard et Wright, la définition de la DC utilisée est celle de l'IASP c'est à dire une douleur qui persiste ou qui se répète pendant plus de 3 mois. La question posée et classant les patients en douloureux chroniques à l'admission est en accord avec la définition de l'IASP, « Ressentez vous une douleur répétée pendant plus de trois mois? ». Mais ce n'était pas la définition utilisée par l'étude CHRODOLURG, qui était un peu plus restrictive. Elle ne concernait que les patients qui présentaient une douleur quotidienne depuis plus de trois mois et les patients douloureux chroniques connus et suivis.

Concernant le critère de jugement principal, dans la littérature nous n'avons pas trouvé de données pour comparer le taux de DC après un passage aux urgences. Dans une étude prospective menée auprès de 1 290 patients australiens souffrant uniquement de traumatismes osseux, le taux de douleur persistante modérée à sévère 6 mois après la blessure était de 30% (32). Dans une étude rétrospective faite sur une base de données australiennes portant sur 1181 patients présentant une blessure orthopédique, 37% d'entre eux présentaient une douleur persistante à six mois du traumatisme (11). Après une revue de la littérature, Estebe estime l'incidence globale des douleurs chroniques

post-opératoire à 30% pour les douleurs modérées à sévères après chirurgie lourde (15). Dans cette revue de la littérature, on observe de grande variabilité dans la méthodologie et la définition de la DC avec notamment une durée de douleur variant de 3 à 18 mois pour certaines études (27, 32-34). Althaus et al, a montré un taux de DC à 6 mois de 43% dans une étude prospective portant sur 150 patients subissant des chirurgies variées (35). Il y a donc une similitude entre le taux de chronicisation des douleurs traumatologiques et chirurgicales -qui sont deux types de douleur pour lesquelles la chronicisation a été largement étudiée- et le taux de DC après un passage aux urgences indépendamment du motif de consultation initiale, que nous avons trouvé.

Dans notre étude il est surprenant de constater que le taux de DC à l'admission est supérieur au taux de DC lors du rappel à trois mois. Cela peut s'expliquer une nouvelle fois par l'imprécision de la définition de la DC utilisée dans notre étude. Notre définition de la DC était plus restrictive lors du rappel qu'à l'admission. En effet, à l'admission, nous avons considéré douloureux chroniques les patients qui déclaraient avoir une douleur répétée depuis trois mois (proche de la définition de la DC par l'IASP) et à la sortie ceux qui déclaraient avoir une douleur quotidienne depuis trois mois. Nous aurions pu tenter de corriger cette anomalie si nous avions trouvé des données fiables et nombreuses dans la littérature pouvant nous aider à estimer la proportion de DC « quotidiennes » parmi les DC « répétées ». Nous ne pouvons donc pas comparer nos taux de DC pré-existant à l'admission et le taux de DC lors du rappel à trois mois. Cependant, notre étude a montré que l'existence d'une DC « répétée » préexistante était associée à l'existence d'une DC « quotidienne » à trois mois du passage aux urgences.

Le taux de DC retrouvé dans le sous-groupe des patients indemnes de douleur « répétée » initialement est proche de celui retrouvé pour dans l'ensemble de notre échantillon, et aux chiffres retrouvés dans la littérature en post-opératoire ou post-traumatique.

C. Facteurs associés l'existence d'une DC à trois mois

Les patients douloureux chroniques à trois mois de leur passage aux urgences étaient significativement plus douloureux et avec une plus forte intensité à la sortie des urgences. Indépendamment de l'existence d'une douleur répétée préalable à l'admission, l'existence d'une douleur intense à la sortie des urgences était associée à une douleur chronique à trois mois. Il n'existe pas de données similaires dans la littérature. Cependant, il est aujourd'hui largement admis que la douleur aiguë intense en pré et post-opératoire immédiat est un facteur associé à la chronicisation de la douleur post-opératoire. Althaus et al, dans l'étude citée, a isolé en analyse multivariée cinq facteurs associés à l'apparition d'une DC dont fait partie la douleur aiguë post-opératoire (35). Kehlet et al., d'après une revue récente de la littérature, ont montré que l'intensité de la douleur aiguë post-opératoire était corrélée à la survenue d'une DCPO (27). Dans une cohorte de patients de plus de 65 ans consultant aux urgences pour un accident de la voie publique, parmi ceux rapportant une douleur sévère à l'entrée 49% déclaraient la persistance d'une douleur à six mois contre 26% chez l'ensemble des patients de l'étude (13). Williamson et al, avait isolé la douleur modérée à intense à la sortie de l'hôpital comme un facteur de risque de DC à six mois après un traumatisme orthopédique (RC: 2.4, IC 95% [IC 95% : 1.8-3.1], $p < 0,001$) (11). Nous avons montré que cette association semble aussi exister dans la DC toute étiologie confondue.

Fletcher et al, dans une étude de grande envergure, prospective, multicentrique, portant sur 3120 patients dans 21 hôpitaux de 11 pays européens, a montré que la durée de temps passée avec une douleur aiguë sévère était également corrélée à la survenue d'une DCPO (36). Nous n'avons pas évalué cette variable dans notre étude, cela pourrait être intéressant aux urgences devant des temps d'attente parfois très longs.

La vulnérabilité psychologique, la dépression, le catastrophisme et l'état anxieux sont aujourd'hui largement évoqué dans la littérature comme des facteurs associés la douleur

chronique post-opératoire (37,38). Dans la plupart des études, l'état anxieux fait référence à l'anxiété préopératoire qui a été évalué selon les études par différents tests dont la plupart ne prennent pas en compte la prise d'anxiolytique (15). Notre étude n'a pas permis de conclure sur l'effet du stress. La dépression, le catastrophisme et l'état anxieux en lui-même n'ont pas été évalués. Cependant la prise d'anxiolytique est apparu comme un facteur associé en analyse multivariée. Cliniquement, on pourrait suggérer un lien entre l'état anxieux et la prise d'anxiolytique par le patient mais ce lien reste à démontrer. Selon notre étude, un état de santé auto-évalué « mauvais » était associé à l'existence d'une DC à trois mois. L'état de santé « auto-évalué » n'est pas le reflet objectif de l'état de santé du patient, il reflète la perception générale que les individus ont de leur santé physique et psychique. Cependant, DeSalvo et al. ont montré dans une méta-analyse, qu'il existe une association forte entre cette variable et la mortalité de individus, et que cette association se maintenait après ajustement par l'état de santé mentale (39). Par ailleurs, il a été montré que l'état de santé « auto-évalué » est associé au risque de développer un PCLS (19), nous empêchant donc de conclure sur son influence sur la DC.

Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant la consommation d'alcool ou de tabac chez les douloureux chroniques ou sur leurs éventuelles associations avec la survenue d'une DC. Notre étude ne nous a pas permis de montrer une quelconque association, le tabac était significativement associé en analyse univariée uniquement. L'âge ne semble pas associé à la présence d'une DC à trois mois dans notre étude. Ce résultat est compatible avec les données de la littérature, l'âge étant un facteur prédictif de DC que dans certains types de chirurgie (jeune âge pour les chirurgies viscérales, âge avancé pour les chirurgies orthopédique) (15), mais il est fort probable que la non-significativité de ce résultat soit plutôt lié au manque de puissance de notre étude, et à son caractère secondaire.

Selon Estebe, le sexe féminin est décrit comme un facteur de risque de DCPO à moindre importance et il fait partie d'une échelle de prédictibilité de la douleur post-opératoire.

Cette association reposerait sur la génétique, la pharmacocinétique et le retentissement biopsychosocial (15). Dans les études concernant la DC post-traumatique, nous n'avons pas retrouvé le sexe parmi les facteurs de risque cités, mais cette DC est moins étudiée. Notre étude ne montrait pas d'association significative entre le sexe et la DC, mais la sur-représentation des femmes dans notre échantillon entraînait un biais de sélection très important et limite donc toute interprétation pour ce résultat.

Cette étude était une analyse secondaire d'un essai randomisé et les résultats obtenus nous permettent d'imaginer qu'actuellement la douleur aiguë est probablement insuffisamment prise en charge aux urgences. Cela semble avoir un impact sur l'existence d'une douleur à distance d'un passage aux urgences. Si ces résultats se confirment dans des études ultérieures, il serait nécessaire de mieux évaluer et de mieux prendre en charge la douleur aux urgences. Des essais interventionnels en ce sens seront nécessaires.

V. Conclusion

Dans cette analyse secondaire, nous retrouvons que le taux de douleur chronique à trois mois d'un passage aux urgences dans une population à haut risque de PCLS est de 39% [IC 95% : 32.9-45.9]. L'existence d'une douleur chronique après un passage aux urgences était associée à une douleur intense à la sortie des urgences. Il faudrait construire des études dans l'objectif de confirmer ce lien entre douleur intense à la sortie des urgences et existence d'une douleur chronique à trois mois. En effet, cette association si elle se confirme, permet d'envisager des interventions pour tenter de diminuer le taux de douleur chronique qui pourrait apparaître après un passage aux urgences.

VI. Bibliographie

- (1) International Association for the Study of Pain. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- (2) Serrie A, Mourman V, Treillet E, Maire A, Maillard G. La prise en charge de la douleur chronique : un problème de société. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. juin 2014;15(3):106–14.
- (3) Chapman CR, Vierck CJ. The Transition of Acute Postoperative Pain to Chronic Pain: An Integrative Overview of Research on Mechanisms. The Journal of Pain. avr 2017;18(4):359.e1-359.e38.
- (4) Woolf CJ. Central sensitization. Uncovering the relation between pain and plasticity. Anesthesiology 2007 ;106 :864-7
- (5) Latremoliere A, Woolf CJ. Central Sensitization: A Generator of Pain Hypersensitivity by Central Neural Plasticity. J Pain. sept 2009;10(9):895–926.
- (6) Haute Autorité de Santé. douleur_chronique_argumentaire.pdf [Internet]. 2008 [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf
- (7) Les établissements de santé - édition 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>
- (8) 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.

- (9) Boccard E, Adnet F, Gueugniaud P-Y, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. *Ann Fr Med Urgence*. sept 2011;1(5):312-9.1.
- (10) 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. *J Emerg Med*. juin 1998;16(3):377-82.
- (11) Urquhart DM, Williamson OD, Gabbe BJ, Cicuttini FM, Cameron PA, Richardson MD, Edwards ER; Victorian Orthopaedic Trauma Outcomes Registry (VOTOR) Project Group. Outcomes of patients with orthopaedic trauma admitted to level 1 trauma centres. *ANZ J Surg*. 2006 Jul;76(7):600-6.
- (12) Williamson OD, Epi GD, Gabbe BJ, Physio B, Cameron PA, Edwards ER, Richardson MD; Victorian Orthopaedic Trauma Outcome Registry Project Group. Predictors of moderate or severe pain 6 months after orthopaedic injury: a prospective cohort study. *J Orthop Trauma*. 2009 Feb ;23(2) :139-44.
- (13) Platts-Mills TF, Flannigan SA, Bortsov AV, Smith S, Domeier RM, Swor RA, et al. Persistent Pain Among Older Adults Discharged Home From the Emergency Department After Motor Vehicle Crash: A Prospective Cohort Study. *Annals of Emergency Medicine*. févr 2016;67(2):166-176.e1.
- (14) Jennings PA, Cameron P, Bernard S, Walker T, Jolley D, Fitzgerald M, et al. Long-term pain prevalence and health-related quality of life outcomes for patients enrolled in a ketamine versus morphine for prehospital traumatic pain randomised controlled trial. *Emerg Med J*. oct 2014;31(10):840-3.
- (15) Estebe J-P. Incidence et facteurs de risque de la douleur chronique postchirurgicale. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. févr 2009;28(2):e71-4.

- (16) 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):287–333.
- (17) Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. sept 2004;111(1–2):51–8.1.
- (18) Gil-Jardiné C, Al Joboory S, Jammes JTS, Durand G, Ribéreau-Gayon R, Galinski M, et al. Prevention of post-concussion-like symptoms in patients presenting at the emergency room, early single eye movement desensitization, and reprocessing intervention versus usual care: study protocol for a two-center randomized controlled trial. *Trials*. déc 2018;19(1):555.
- (19) Gil-Jardine C. Facteurs de risque, dépistage et prévention des syndromes post-traumatiques au décours d'une prise en charge aux Urgences [Internet]. 2019 [cité 4 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/s203427>
- (20) Askenasi R, Lheureux P. Analyse chronologique de 16 800 patients admis dans un service d'urgence : Variations en fonction du jour et de l'heure d'admission. *Réanimation Urgences*. janv 1994;3(5):567–72.
- (21) Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*. janv 2019;160(1):19–27.
- (22) ICD-10 Version:2016 [Internet]. [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- (23) Assemblée mondiale de la Santé – Actualités du 25 mai 2019 [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>

- (24) ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1581976053>
- (25) Bernard AM, Wright SW. Chronic pain in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*. oct 2004;22(6):444–7.
- (26) 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. *The Journal of Pain*. juin 2007;8(6):460–6.
- (27) Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet*. mai 2006;367(9522):1618–25.
- (28) Guéant S, Taleb A, Borel-Kühner J, Cauterman M, Raphael M, Nathan G, et al. Quality of pain management in the emergency department: results of a multicentre prospective study: *European Journal of Anaesthesiology*. févr 2011;28(2):97–105.
- (29) 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. *Journal of Pain and Symptom Management*. juin 2003;25(6):539–46.
- (30) Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 mai 2002;20(3):165–9.
- (31) Galinski M, Gil-Jardiné C, Tellier E, Robledo JB, Valdenaire G, Revel P, De La Rivière. Satisfaction des patients douloureux chroniques aux urgences- Etude Chrodolurg. *Douleur Analgésie* 2019 ;P-102 :S75 (Résumé)
- (32) Nikolajsen L, Brandsborg B, Lucht U, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following total hip arthroplasty: a nationwide questionnaire study. *Acta Anaesthesiol Scand*. avr 2006;50(4):495–500.

- (33) Brandsborg B, Nikolajsen L, Kehlet H, Jensen TS. Chronic pain after hysterectomy: Chronic pain after hysterectomy. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 5 févr 2008;52(3):327–31.
- (34) Kalliomäki M-L, Meyerson J, Gunnarsson U, Gordh T, Sandblom G. Long-term pain after inguinal hernia repair in a population-based cohort; risk factors and interference with daily activities. *European Journal of Pain*. févr 2008;12(2):214–25.
- (35) Althaus A, Hinrichs-Rocker A, Chapman R, Becker OA, Lefering R, Simanski C, et al. Development of a risk index for the prediction of chronic post-surgical pain: Chronic post-surgical pain. *EJP*. juill 2012;16(6):901–10.
- (36) Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *European Journal of Anaesthesiology*. oct 2015;32(10):725–34.
- (37) Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EAM. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP) - A systematic review. *European Journal of Pain*. août 2009;13(7):719–30.
- (38) Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke H-F, Marcus MA. Preoperative Anxiety and Catastrophizing: A Systematic Review and Meta-analysis of the Association With Chronic Postsurgical Pain. *The Clinical Journal of Pain*. 2012;28(9):819–41.
- (39) DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *J Gen Intern Med*. mars 2006;21(3):267–75.

Annexe 1 : Questionnaire à l'entrée des urgences

FICHE ENTREE

Numéro Patient :



Initiales interviewer

SOFTER 3

Quel est votre âge ?

Sexe : Masculin Féminin

Pouvez-vous nous dire ce qui vous amène ici (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- | | | |
|---|--|---|
| Accident de la route <input type="checkbox"/> | Chute <input type="checkbox"/> | Accident domestique <input type="checkbox"/> |
| Accident de sport <input type="checkbox"/> | Accident du travail <input type="checkbox"/> | Accident scolaire <input type="checkbox"/> |
| Tentative de suicide <input type="checkbox"/> | Violence <input type="checkbox"/> | Accident de loisir <input type="checkbox"/> |
| Problème cardiaque <input type="checkbox"/> | Problème respiratoire <input type="checkbox"/> | Trouble neurologique <input type="checkbox"/> |
| Problème abdominal <input type="checkbox"/> | Problème digestif <input type="checkbox"/> | Maux de tête <input type="checkbox"/> |

Autre : _____

S'agit-il de votre premier passage aux urgences pour ce motif ? Oui Non

Avez vous mal ? Oui Non

Quelle est l'intensité de votre douleur ?

Aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire
imaginable

Vous sentez vous nerveux ou stressé ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire
imaginable

A votre avis, quelles sont vos chances de guérir complètement des problèmes qui vous ont conduit ici ?

Nulles 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Totales

Fumez-vous du tabac ? Non Oui

Si oui depuis combien d'année ? _____

Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

Non Oui

Si vous consommez de l'alcool :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Non Oui

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Non Oui

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

Non Oui

Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin ?

Non Oui

Vous arrive-t-il de consommer du cannabis ?

Non Oui

Si vous consommez du cannabis :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de cannabis ?

Non Oui

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Non Oui

Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?

Non Oui

Avez-vous déjà eu le besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?

Non Oui

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de maux de tête ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de vertiges ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de nausées ou vomissements ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de sensibilité exacerbée au bruit ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ?

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

En dehors de votre arrivée aux urgences, avez-vous ressenti une douleur répétée au cours des trois mois précédents ?

Non Oui

A-t-elle été diagnostiquée et suivie ?

Non Oui

Ressentez-vous actuellement une douleur quotidienne ?

Non Oui

Si oui, où avez-vous mal ?

Tête Thorax Membres supérieurs
 Face Abdomen Membres inférieurs
 Cou Colonne vertébrale Indéterminé

Si oui, Pouvez-vous évaluer cette douleur à l'aide d'un chiffre entre 0 et 10, la valeur qui décrirait le mieux l'intensité de votre douleur en général. (Entourer)

Aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire
imaginable

Numéro de Téléphone :

Mail :

Numéro d'un proche :

Annexe 2 : Questionnaire à la sortie des urgences

FICHE SORTIE

Numéro Patient :



Initiales interviewer

SOFTER 3

Avez-vous mal ? Oui Non

Quelle est l'intensité de votre douleur ?

Aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire
imaginable

Vous sentez vous nerveux ou stressé ?

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pire
imaginable

A votre avis, quelles sont vos chances de guérir complètement des blessures qui vous ont conduit ici ?

Nulle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Totale

Avez-vous vu un psychologue au cours de votre passage aux urgences ? Oui Non

Si oui, cela vous a-t-il été utile ? Oui Non Ne sait pas

Pouvez-vous nous indiquer votre degré de satisfaction concernant votre passage dans ce service ?

Aucune 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très
satisfait

Lors de votre retour au domicile, avez-vous des proches qui peuvent vous venir en aide ?

Je n'ai pas de proches qui peuvent m'aider

J'ai un ou des proches qui peuvent m'aider, mais de manière ponctuelle

J'ai un ou des proches qui peuvent m'aider aussi souvent que nécessaire

Merci pour votre participation à cette étude.

Annexe 3: Questionnaire lors du rappel téléphonique à trois mois



Madame, Monsieur,

Bonjour,

Il y a environ 3 mois vous avez été admis(e) aux urgences de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux. Vous aviez, à ce moment-là, accepté de participer à une étude qui s'intéresse aux différents symptômes qui peuvent se manifester après une prise en charge aux urgences.

Je vous contacte dans le cadre du suivi qui vous avez été proposé par un de nos assistants de recherche clinique. Cela portera essentiellement sur votre qualité de vie depuis cet évènement stressant qu'aurait pu être votre venue aux urgences.

Etes-vous d'accord et avez-vous le temps pour répondre à quelques questions ? Cela ne devrait pas prendre plus de 15 minutes.

1) **Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

2) **Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?**

- Bien meilleur que l'an dernier Plutôt meilleur À peu près pareil Plutôt moins bon Beaucoup moins bon

Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant des symptômes que vous pourriez ressentir depuis votre venue aux urgences. Pour chacune de ces questions la réponse peut être : pas du tout, un peu, modérément, beaucoup ou extrêmement.

3) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de maux de tête ?**

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

4) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de vertiges ?**

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

5) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de nausées ou vomissements ?**

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

6) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de sensibilité exacerbée au bruit ?**

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

7) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ?**

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

8) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de fatigue ?**

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

- 9) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure vous mettez-vous d'avantage en colère qu'auparavant ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 10) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure vous êtes-vous senti déprimé ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 11) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous ressenti de l'anxiété ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 12) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu l'impression de moins bien supporter le stress qu'auparavant ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 13) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous souffert de troubles de la mémoire ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 14) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté des difficultés de concentration ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 15) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous trouvé votre manière de réfléchir plus lente qu'auparavant ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 16) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté des épisodes de vision floue ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 17) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté des épisodes de vision double ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 18) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous trouvé que vous étiez sensible à la lumière ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 19) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu l'impression de ne pas trouver le repos ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 20) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous présenté une perte d'énergie ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 21) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous trouvé que vous étiez apathique, que vous manquiez de spontanéité ?**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

22) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure votre perception du goût a-t-elle changé ?**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

23) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure votre entourage vous a-t-il fait remarquer un changement de personnalité ?**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

24) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par : « des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ? »**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

25) **« des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante? »**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

26) **« vous sentir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait »** *(comme si vous la viviez de nouveau)?*

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

27) **« Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ? »**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

28) **« réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante »** *(p. ex., avoir le coeur qui bat très fort, du mal à respirer, ou avoir des sueurs)?*

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

29) **« éviter souvenirs, pensées ou sentiments en lien avec l'expérience stressante ? »**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

30) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par : « éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante »** *(p. ex., des gens, des lieux, des conversations, des activités, des objets, ou des situations)?*

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

31) **« avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ? »**

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

32) **« avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou sur le monde »** *(p. ex., avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui cloche sérieusement chez moi, nul n'est digne de confiance, le monde est un endroit complètement dangereux) ?*

Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

- 33) **« vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 34) **« avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 35) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par : « perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 36) **« vous sentir distant ou coupé des autres ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 37) **« avoir du mal à éprouver des sentiments positifs » (p. ex., être incapable de ressentir la joie ou de l'amour envers vos proches) ?**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 38) **« être irritable, avoir des bouffées de colère, ou agir agressivement ? » (Par ex : être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir l'amour de vos proches)**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 39) **« prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 40) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par : « être 'super-alerte', vigilant ou sur vos gardes ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 41) **« sursauter facilement ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 42) **« avoir du mal à vous concentrer ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 43) **« avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ? »**
- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement
- 44) **Estimez-vous avoir récupéré du problème qui vous avait conduit aux urgences ?**
- Non Oui

Nous allons maintenant évoquer quelques habitudes de vie, vous devrez répondre par oui ou non.

- 45) **Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

Non

Oui

Si vous consommez de l'alcool :

a) **Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?**

Non

Oui

b) **Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation d'alcool ?**

Non

Oui

c) **Avez-vous déjà eu le besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?**

Non

Oui

d) **Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?**

Non

Oui

46) **Vous arrive-t-il de consommer du cannabis ?**

Non

Oui

Si vous consommez du cannabis :

a) **Avez-vous déjà ressenti le besoin d'abaisser votre consommation de cannabis ?**

Non

Oui

b) **Avez-vous déjà eu le besoin de fumer du cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?**

Non

Oui

c) **Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez trop de cannabis ?**

Non

Oui

d) **Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de cannabis ?**

Non

Oui

Depuis votre venue aux urgences :

47) **Avez-vous été pris en charge par un psychologue ?**

Non

Oui, une fois

Oui, Plusieurs fois

48) **Avez-vous été hospitalisé ?**

Non

Oui

49) **Ressentez-vous une douleur quotidienne ?**

Non

Oui

50) **Si oui, Pouvez-vous évaluer à l'aide d'un chiffre entre 0 et 10, la valeur qui décrirait le mieux votre douleur en général. (Entourer)**

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

51) **Si oui, où avez-vous mal ?**

<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Indéterminé
<input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale	

52) **Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous vous sentez-vous nerveux ou stressé ?**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très stressé
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

53) **Enfin pour finir, est-ce que vous pouvez nous indiquer votre degré de satisfaction concernant votre passage aux urgences ? (Entourer)**

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Très satisfait
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Nous vous remercions de l'aide que vous nous avez apporté en ayant pris le temps de participer à cette étude. Nous vous recontacterons dans 9 mois pour la suite du suivi.

Numéro de téléphone patient / proche : _____ / _____

Commentaire libre :

Résumé

Introduction : Le passage d'une douleur aiguë à une douleur chronique (DC) a été largement étudié en post-opératoire ou en post-traumatique. Les mécanismes à l'origine de ce continuum n'ont pas été encore bien élucidés. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le taux de douleur chronique à trois mois d'un passage aux urgences quel que soit le motif d'entrée. L'objectif secondaire était d'identifier des facteurs associés.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une cohorte prospective construite en regroupant les patients d'un essai randomisé, contrôlé, ouvert, bicentrique avec suivi téléphonique à trois mois. Tous les patients majeurs admis aux urgences du lundi au vendredi en heures ouvrables, présentant un score à risque de PCLS supérieur à 2 de notre cohorte remplissaient trois questionnaires : à l'entrée, à la sortie et à trois mois lors du rappel téléphonique. Nous nous sommes servis de ces questionnaires pour évaluer le taux de douleur chronique à trois mois du passage aux urgences et les facteurs qui y étaient associés.

Résultats : Deux cents dix-neuf patients ont été analysés. Quarante-six patients présentaient une douleur chronique à trois mois, ce qui représente 39,7% (IC 95% [32.9-45.9]). Indépendamment de l'existence d'une douleur chronique préalable à la venue aux urgences, les facteurs associés à l'apparition d'une douleur chronique après un passage aux urgences étaient l'intensité de la douleur à la sortie des urgences, l'état de santé perçu par le patient et la prise d'anxiolytique antérieure.

Conclusion : Le taux d'apparition d'une douleur chronique après un passage aux urgences est important et semble associé à l'intensité de la douleur à la sortie des urgences. Il faudrait construire des études pour confirmer ce lien. S'il se confirme, on pourrait envisager des interventions

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.