

DIPLÔME NATIONAL DE DOCTORAT

(Arrêté du 25 mai 2016)

Date de la soutenance : **19 juin 2024**

Nom de famille et prénom de l'auteur : **Madame PILET Claire**

Titre de la thèse : « *Rôle des émotions dans le développement d'une douleur chronique après un passage aux urgences* »

Résumé



Contexte : La douleur chronique (DC) affecterait environ 20 à 30% de la population mondiale, avec des chiffres similaires en France. Cette maladie est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme des douleurs persistantes et/ou récurrentes depuis plus de 3 mois. Elle s'installe souvent dans la durée avec 4 patients sur 5 douloureux depuis plus de 2 ans et 1 patient sur 5 depuis plus de 20 ans. La DC porte atteinte aux activités, aux fonctionnalités, à la qualité de vie de même qu'aux relations sociales. Mieux la comprendre pour mieux la prévenir représente ainsi un enjeu considérable.

Objectifs : Cette thèse avait deux objectifs. Elle vise à quantifier l'incidence de la DC après un passage aux urgences, pour tous motifs d'admission confondus, et pour un traumatisme routier spécifiquement. Son second objectif est de mieux comprendre les facteurs qui augmentent le risque de développer une DC après un passage aux urgences. Pour cela, dans un premier temps, nous avons étudié l'impact d'un ensemble de facteurs biopsychosociaux sur le risque de DC deux ans après un accident de la circulation. Dans un second temps, nous avons exploré le rôle des émotions ressenties lors d'un passage aux urgences, ainsi que celui de leur persistance pendant le séjour aux urgences, dans la survenue de la DC 4 mois puis 1 an après ce passage.

Méthode : Une étude spécifique sur la douleur a été menée dans le cadre d'un essai randomisé multicentrique sur la prévention du syndrome post-commotionnel et du trouble du stress post-traumatique (SOFTER IV) après un passage aux urgences. Les émotions ont été interrogées grâce à la roue des émotions : 4 négatives—c.à.d., colère, peur, regret, tristesse, et 4 positives—c.à.d., apaisement, contentement, joie et intérêt, dont l'intensité variait de 1 à 5. Il était également possible de déclarer « aucune émotion » ou une autre émotion que celle de la roue. Neuf cent quatorze patients et 605 patients indemnes de DC lors de leur passage aux urgences ont répondu respectivement aux questionnaires de suivi à 4 mois et 1 an.

Ce travail a été complété par une étude de la cohorte ESPARR, Etude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône. Parmi les patients présumés indemnes de DC lors de leur passage aux urgences, 1071 ont complété un questionnaire 2 ans après leur accident.

Résultats : Quatre mois après un passage aux urgences, 30 % (275/914) des patients souffraient de DC et un an plus tard, ce taux était de 27 % (166/605). Parmi ceux-ci près de la moitié souffraient encore de douleurs 2 ans après un accident de la circulation routière et 1 enfant sur 6 était concerné.

Parmi les facteurs de risque biopsychosociaux de DC après un accident de la circulation routière déjà identifiés dans la littérature, nous avons retrouvé la gravité des lésions (pour une unité supplémentaire, OR=1,2 p-value<0,0001) et l'atteinte des membres inférieurs (OR=1,3 p-value=0,002). Nous avons aussi identifié de nouveaux facteurs de risque de DC après un accident : l'âge adulte par rapport aux enfants de moins de 16 ans (OR=0,4, p-value<0,0001), le fait d'avoir vécu un événement de vie négatif durant la dernière année écoulée (OR=1,1 p-value=0,04), et la présence d'antécédents ostéoarticulaires (OR=1,2, p-value=0,03).

Les patients qui ressentaient de façon intense de la tristesse (OR=1,5, p-value=0,02) ou de la colère (OR=1,6, p-value=0,03) au moment de leur admission dans un service d'urgences avaient un risque majoré de DC à 4 mois. L'effet de ces ressentis serait partiellement expliqué par la prise en compte de leur disposition à ressentir souvent ces émotions. Pour la tristesse, quelle que soit le ressenti aux urgences, la disposition à ressentir souvent de la tristesse constituerait un facteur de risque de DC à 4 mois (OR=1,5, p-value=0,049). Pour la colère, c'est seulement chez les patients qui avaient déclaré de la colère aux urgences et qui avaient aussi une disposition à ressentir souvent de la colère qu'un risque augmenté de DC à 4 mois était observé (OR=4,1, p-value=0,002).

La persistance de la tristesse et/ou de la colère entre l'entrée et la sortie du service des urgences augmentait les risques de DC à 4 mois et à 1 an, tandis que la persistance de la tristesse seule augmentait uniquement le risque DC à 1 an.

Conclusion : Avec près d'un tiers des patients qui développent une DC après un passage aux urgences, nos travaux confirment l'enjeu sanitaire et sociétal que constitue cette maladie. Nous avons mis en évidence le rôle spécifique de certaines émotions négatives dans le risque de DC, notamment la tristesse et la colère. Avec ces nouveaux éclairages sur les mécanismes de développement d'une DC, nos travaux constituent une première étape de réflexion sur de nouvelles pistes de prévention axées sur les émotions. De plus, avec les spécificités que nous avons montrées dans le cas du traumatisme routier, des travaux complémentaires sur le diagnostic posé aux urgences et sa prise en charge sont également des éléments clés pour comprendre et prévenir la DC.

Mots clés : Douleur chronique ; Incidence ; Facteurs de risque ; Approche biopsychosociale ; Emotions ; Tristesse ; Colère ; Dispositions affectives ; Services d'urgences ; Traumatisme routier