



Lyon | novembre 2023
#Douleur #Emotion #Recherche

ÉTUDE POSTER

Émotions lors d'un passage aux urgences et risque de chronicisation de la douleur

**L'état émotionnel au moment d'un passage aux urgences
est-il un facteur favorisant le développement de la
douleur chronique ?**

L'étude POSTER propose de répondre à cette question en suivant des patients inclus dans un essai clinique portant sur la prévention du stress post-traumatique (SOFTER IV, PHRC national).

Admis aux urgences pour un motif médical ou traumatique, ils ont été questionnés, au moment de leur admission et de leur sortie des urgences, sur leur état de santé, de stress, sur leur état émotionnel et leur niveau de douleur, puis recontactés par téléphone, 4 mois puis 12 mois après leur admission.

Leur statut vis-à-vis de la douleur en lien ou non avec le motif initial qui les avait conduits aux urgences a été recueilli, ainsi que de plus amples informations sur leur personnalité et leur état psychologique.

« Cette étude pourrait ouvrir de nouvelles pistes de réduction de la douleur chronique après un passage aux urgences. L'intérêt porté ici aux émotions et notamment aux émotions négatives illustre une nouvelle approche centrée sur les ressentis et le vécu des patients, contribuant au développement d'une médecine toujours plus individualisée. »

**SYLVIANE LAFONT, PhD – HDR, Directrice de recherche Umrestte,
Univ Eiffel, Univ Lyon1**

SERVICE PRESSE FONDATION APICIL

Wilma Odin-Lumetta - Agence BURO2PRESSE

contact@buro2presse.com - 06 83 90 25 64

CONTEXTE

Chaque année en France, environ 20 millions de personnes ont recours à un service d'urgences hospitalières (DREES 2021/2022). Parmi elles, 60% déclarent une douleur aiguë (Viel, livre blanc SFETD), or celle-ci constitue un facteur de risque de douleurs persistantes plus de 3 mois après ce passage aux urgences (douleur chronique) (Daoust et al. 2020).

Douleur et émotions partagent de forts liens.

Lors d'épisodes douloureux chez des personnes saines, les émotions sont connues pour interagir avec la douleur par un mécanisme de modulation émotionnelle. Cela consiste en l'exacerbation du ressenti douloureux par les émotions négatives et son atténuation, mais dans une moindre mesure, par les émotions positives (Rhudy & al.). Ressentir de la douleur s'accompagne et engendre également des émotions négatives (Flaten et Absi 2016; Lang et Davis 2006).

Les personnes douloureuses chroniques présentent plus fréquemment certains profils émotionnels comme l'absence d'émotion ou des émotions négatives fortes (Koechlin & al.). Cependant, nous ignorons si ces caractéristiques émotionnelles sont la conséquence de l'état douloureux chronique ou s'ils étaient présents avant son installation.

Ainsi, lors du passage aux urgences, les émotions ressenties ou leur absence pourraient être un signe de l'impact émotionnel engendré par l'événement ou celui d'une vulnérabilité face à la douleur, engendrant le développement de douleurs chroniques.

Les émotions mêmes ressenties dans le contexte des urgences sont peu connues et à explorer.

**Financiers de
l'étude POSTER**

DSR

Délégation à la sécurité
routière
(suivi 12 mois)

**Fondation
APICIL**

25 000 €
(suivi 12 mois)

« La prise en compte d'un type particulier de facteurs psychologiques comme les émotions, lors d'un épisode de douleur lié à une urgence de santé, constitue une piste nouvelle dans la prise en charge de la douleur aiguë et dans le risque de chronicisation de la douleur.

La Fondation APICIL s'est engagée à soutenir ce projet coordonné par Sylviane Lafont, PhD – HDR à hauteur de 25 000 €, afin de contribuer à mener cette étude sur le ressenti des patients lors d'un passage aux urgences. Cette étude a été prolongée de 12 mois.»

NATHALIE AULNETTE, directrice Fondation APICIL

PRINCIPE DE L'ÉTUDE POSTER

Cette recherche constitue une première étape de compréhension des facteurs pouvant favoriser le développement de la douleur chronique.

Ce travail permet au plan théorique d'enrichir le modèle biopsychosocial de la douleur chronique.

Au plan clinique, l'ensemble des travaux menés contribue à diagnostiquer précocement les patients à haut risque, et à leur proposer une prise en charge adaptée en ouvrant sur de nouvelles pistes d'intervention basée sur la régulation des émotions.

On peut ainsi espérer une diminution des conséquences négatives des traumatismes sur la santé, une amélioration de la qualité de vie et de la vie familiale mais aussi professionnelle.

Les bénéfices attendus sont aussi d'ordre sociétaux avec des gains potentiels sur le coût de la prise en charge globale des patients douloureux chroniques.

OBJECTIFS

PRINCIPAL

- Étudier le rôle de l'état émotionnel et de sa régulation dans le développement de la douleur chronique.

SECONDAIRE

- Identifier des profils de patients à risque de douleur chronique, basés sur des caractéristiques biopsychosociales.
- Évaluer l'apport d'une prise en charge de type EMDR dans la régulation des émotions des patients entre l'entrée et la sortie des urgences, et dans le risque de douleur chronique un an après le passage aux urgences.
- Proposer une réflexion sur de nouvelles pistes d'intervention pour réduire l'incidence de la douleur chronique.

**Durée du
projet**

36 mois

+ prolongation de 12
mois

2 entretiens

à l'entrée et à la sortie
des urgences

2 suivis

téléphonique

à 4 mois et à 12 mois

ÉTAPES CLÉS

L'étude POSTER est adossée à un essai clinique randomisé multicentrique (SOFTER IV) mené dans 7 services d'urgence en France.

L'étude est menée dans 7 services d'urgence en France : CHU Bordeaux, CHU Edouard-Herriot Lyon HCL, CHU Toulouse, AP-HP Hôpital Louis Mourier, AP-HP Hôpital de Beaujon, AP-HP Hôpital Lariboisière, Centre Hospitalier de Libourne. Elle porte sur le stress, la douleur, et le risque de chronicisation de ces deux phénomènes.

L'essai clinique a pour objectif principal de réduire l'incidence du stress post-traumatique avec une intervention de type EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) dans les services d'urgence (cf protocole SOFTER).

PROTOCOLE

Thérapies cognitives et comportementales en particulier l'EMDR

Sources

1. Laborey M, Masson F, Ribéreau-Gayon R, Zongo D, Salmi LR, Lagarde E. Specificity of postconcussion symptoms at 3 months after mild traumatic brain injury: results from a comparative cohort study. *J Head Trauma Rehabil.* 2014 Feb;29(1):E28-36.
2. Lagarde E, Salmi L, Holm LW, et al. Association of symptoms following mild traumatic brain injury with posttraumatic stress disorder vs postconcussion syndrome. *JAMA Psychiatry.* 2014 Sep 1;71(9):1032-40.
3. Shapiro, F. (1995). *Eye Movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols, and procedures* (1st Ed.). New York, NY: Guilford.
4. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry.* 2005 Feb;162(2):214-27. Review. Erratum in: *Am J Psychiatry.* 2005 Apr;162(4):832. *Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):330.
5. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med.* 2006 Nov;36(11):1515-22.
6. Shapiro, E. & Laub, B., (2008). Early EMDR Intervention (EEI): A Summary, a Theoretical Model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research* 2(2), 79-96

Les résultats de la littérature et des deux précédentes études menées par l'équipe de Bordeaux^(1, 2) ont permis d'identifier la meilleure intervention susceptible de réduire le niveau de stress pendant un séjour aux urgences. **Parmi les protocoles étudiés, les thérapies cognitives et comportementales se sont avérées jusqu'à présent supérieures aux autres méthodes, et en particulier l'intervention psychothérapeutique EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing, ou désensibilisation et retraitement par le mouvement oculaire).**

Proposée par Francine Shapiro⁽³⁾, **l'EMDR est une approche psychothérapeutique validée empiriquement qui permet de traiter rapidement les expériences perturbantes de manière adaptative à l'aide de mouvements oculaires ou d'autres formes de stimulation bilatérale.** Plusieurs méta-analyses et une revue Cochrane ont montré qu'il s'agissait de l'un des traitements les plus efficaces du syndrome de stress post-traumatique^(4,5). Par la suite, ont été mises en oeuvre des procédures EMDR modifiées et des protocoles adaptés à une intervention précoce, tel que le protocole R-TEP⁽⁶⁾ retenu ici.

L'essai randomisé SOFTER IV n'a pas permis de mettre en évidence une efficacité globale de la prise en charge de type EMDR sur le syndrome de stress post-traumatique. Néanmoins des résultats intéressants ont été démontrés auprès de patients partageant des caractéristiques sociales plutôt défavorables (*publication en cours*).

La prise en charge EMDR n'a pas non plus démontré un apport spécifique dans la réduction du risque de douleur chronique à 4 mois pour l'ensemble de la population. Des travaux complémentaires prenant en compte le niveau initial de stress sont en cours.

PREMIERS RÉSULTATS

Les premiers résultats sont issus de travaux menés auprès des patients qui ont répondu aux deux entretiens à l'inclusion : à l'entrée et à la sortie des urgences.

Cette population d'étude est constituée de **52% d'hommes**, et son âge moyen est de **44 ans** (SD=20).

Plus de la moitié des patients se sont présentés aux urgences en raison d'un **problème médical (57%)**, **39% suite à un traumatisme**.

L'intensité de la douleur et l'intensité du stress ont été évaluées sur une échelle numérique de 0 à 10.

Les émotions ont été collectées grâce à la roue des émotions de Scherer (intensité de 0 à 5) et à la déclaration libre d'autres émotions ressenties.

Population étudiée

2965

patients représentent la population de l'étude SOFTER/POSTER

3132

patients évalués pour éligibilité
-> **94 patients exclus** (52 n'ont pas signé le consentement
42 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion)

3038

patients inclus
-> **30 ont souhaité se retirer de l'étude** et **45 questionnaires incomplets**

« Liens entre émotions et développement d'une douleur chronique

Les travaux menés montrent que 4 mois après ce passage aux urgences, **30% vont développer une douleur chronique**.

Certes la douleur à la sortie des urgences reste un facteur de risque majeur de développement de la douleur chronique, mais d'autres facteurs tels que les émotions négatives fortes ressenties aux urgences, et notamment la colère et la tristesse, représentent également des facteurs de risque de douleur chronique. »

Claire Pilet, doctorante Umrestte, Univ Eiffel, Campus de Lyon

« Des résultats sont attendus sur les liens entre stress et émotions. D'autres études sont en cours d'analyse, notamment l'étude du rôle des émotions dans le risque de douleur chronique selon différents niveaux de stress. »

SYLVIANE LAFONT, PhD – HDR, Directrice de recherche Umrestte, Univ Eiffel, Univ Lyon1

DESCRIPTION DES RESSSENTIS DES PATIENTS À L'ENTRÉE ET À LA SORTIE DES URGENCES

La description des émotions et de la douleur à l'entrée et à la sortie des urgences indique deux effets : une baisse globale des ressentis négatifs entre l'entrée et la sortie et un lien plus fort entre les émotions négatives et la douleur à la sortie puisque l'association est observée même pour des ressentis émotionnels négatifs de faible intensité.

DOULEUR AIGUË

On remarque une baisse de la douleur aiguë. En moyenne : 4,4 à l'entrée vs. 3,3 à la sortie ($p < 0.0001$). Il y a une augmentation de 16 points du taux de douleur absente ou faible (0 à 3). Baisse de 17 points du taux de douleur forte

NIVEAU DE DOULEUR SELON L'INTENSITÉ DES ÉMOTIONS

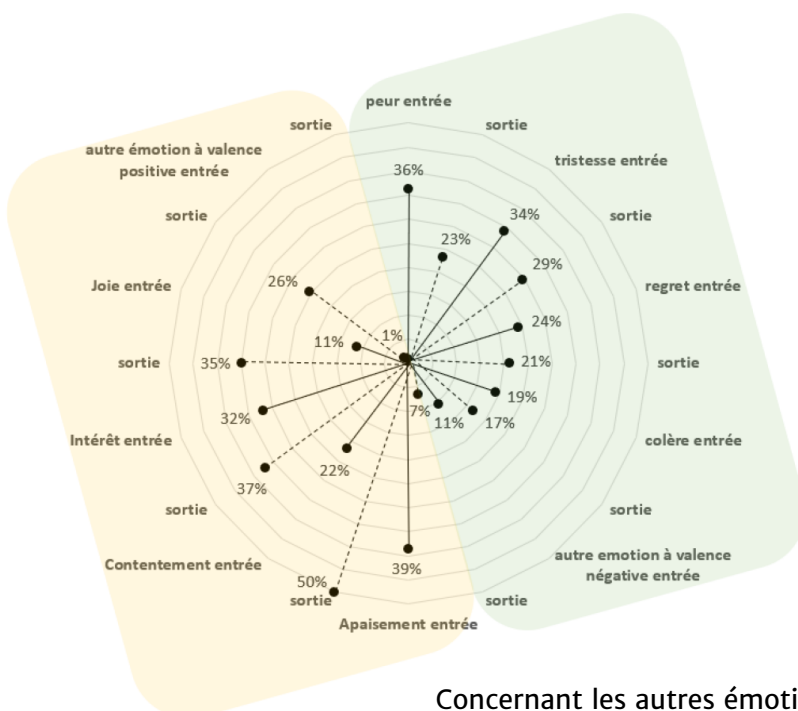
Certains types de ressentis émotionnels présentent des niveaux de douleur plus élevés que la moyenne (4,4 à l'entrée et 3,3 à la sortie) :

À l'entrée : lorsque le patient ressent des émotions négatives fortes, associées ou non à des émotions positives (cas des émotions mixtes). (anova. $p < 0.0002$)

À la sortie : lorsque le patient ressent des émotions négatives fortes, associées ou non à des émotions positives (cas des émotions mixtes), ou des émotions négatives modérées sans émotion positive (anova. $p < 0.0001$)

ÉMOTIONS INTERROGÉES

14% des patients ne ressentent aucune émotion à l'entrée et à la sortie. L'apaisement est l'émotion la plus présente aux deux temps. Les émotions négatives sont moins ressenties à la sortie, mais avec des différences selon l'émotion : baisse de 13 points pour la peur, et seulement de 2 points pour la colère. Les émotions positives, inversement, sont plus souvent ressenties à la sortie, avec aussi des différences selon l'émotion : hausse de 15 points pour le contentement et seulement de 3 points pour l'intérêt.



Concernant les autres émotions librement citées, plus d'émotions négatives ont été citées aux deux temps (11% à l'entrée et 7% à la sortie) et peu d'émotions positives : 1%.

BIOGRAPHIES

Koechlin H, Coakley R, Schechter N, Werner C, Kossowsky J. 2018. The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*

Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S.-J., Treede, R.-D., & Pain, T. I. T. for the C. of C. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11 : Chronic primary pain. *PAIN*, 160(1), 28-37.

Rhudy JL, Meagher MW. 2003. Negative affect: effects on an evaluative measure of human pain. *Pain*.

Terry E, DelVentura J, Bartley E, Vincent A, Rhudy J. 2013. Emotional modulation of pain and spinal nociception in persons with major depressive disorder (MDD). *Pain*.
Viel, E. 2017. *La douleur aux urgences, Livre blanc de la douleur*. SFETD

Daoust, R., J. Paquet, A. Cournoyer, É Piette, J. Morris, J. Lessard, G. Lavigne, et J. M. Chauny. 2020. « Relationship between Acute Pain Trajectories after an Emergency Department Visit and Chronic Pain: A Canadian Prospective Cohort Study ». *BMJ Open* 10 (12): eo40390. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040390>.

DREES. 2021. « Les établissements de santé ». <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2021#toc-fiches>.

———. 2022. « La médecine d'urgence ».

Flaten, Magne Arve, et Mustafa al Absi, éd. 2016. *The Neuroscience of Pain, Stress, and Emotion: Psychological and Clinical Implications*. Amsterdam: Academic Press is an imprint of Elsevier.

Lang, Peter J., et Michael Davis. 2006. « Emotion, motivation, and the brain: Reflex foundations in animal and human research ». In *Progress in Brain Research*, édité par S. Anders, G. Ende, M. Junghofer, J. Kissler, et D. Wildgruber, 156:3-29. *Understanding Emotions*. Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(06\)56001-7](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(06)56001-7).

À PROPOS



L'UNIVERSITÉ GUSTAVE EIFFEL (EX-IFSTTAR)

L'université Gustave Eiffel est un nouvel établissement qui réunit depuis le 1er janvier 2020 une université (UPEM), un institut de recherche (IFSTTAR), une école d'architecture (Év&t) et trois écoles d'ingénieurs (EIVP, ENSG et ESIEE Paris). Pluridisciplinaire et nationale, l'Université Gustave Eiffel œuvre dans de nombreux domaines de recherche. En particulier, elle représente un quart de la recherche française sur les villes de demain et regroupe des compétences pluridisciplinaires pour conduire des recherches de qualité au service de la société, proposer des formations adaptées au monde socio-économique et accompagner les politiques publiques. Elle a pour particularité d'être le premier établissement rassemblant un organisme de recherche, une université, une école d'architecture et trois écoles d'ingénieurs.



UMRESTTE

L'UMRESTTE est une unité mixte de recherche entre l'Université Gustave Eiffel et l'Université Claude Bernard Lyon 1. Elle est également associée à Santé Publique France et accueille aussi plusieurs praticiens hospitaliers des HCL. Elle assure des missions de recherches épidémiologiques en matière de traumatologie routière, de santé environnementale et de santé au travail. L'unité a par ailleurs établi depuis de nombreuses années une étroite collaboration avec l'équipe IETO du centre de Recherche Inserm U1219 de Bordeaux, sur le thème des traumatismes routiers en France.

L'ÉQUIPE DE RECHERCHE POSTER

- ♦ **Sylviane Lafont**, DR UMRESTTE, Lyon, chef de projet de l'étude Poster.
- ♦ **Michel Galinski**, PUPH Bordeaux, PI de l'étude POSTER
- ♦ **Claire Pilet**, doctorante Umrestte, Lyon. Titre : Épidémiologie de la douleur chronique après un accident de la circulation routière : rôle des émotions et de leur régulation dans le développement de la douleur.
- ♦ **Florentine Tandzi-Tonleu**, doctorante Umrestte, Lyon. Titre : Prise en charge de la douleur après un passage aux urgences, et suspicion d'une addiction aux opioïdes.
- ♦ **Cédric Gil-Jardiné**, MCU-PH, Bordeaux, PI de l'essai SOFTER.
- ♦ **Emmanuel Lagarde**, Dr Inserm, Bordeaux, responsable scientifique de l'essai SOFTER.

CONTACT

Sylviane LAFONT,
PhD – HDR
Directrice de recherche TS2–
UMRESTTE- Campus de Lyon
sylviane.lafont@univ-eiffel.fr

À PROPOS

FONDATION APICIL

La Fondation APICIL, engagée pour soulager la douleur, est Reconnue d'Utilité Publique depuis sa création en 2004. Cette reconnaissance par le Conseil d'État implique un fonctionnement non lucratif, une gestion financière désintéressée et une cause d'intérêt général.

La Fondation APICIL agit à travers 3 axes prioritaires : financer la recherche, informer et sensibiliser, améliorer le soin et l'accompagnement des patients par les techniques complémentaires. La Fondation APICIL a un objectif unique : contribuer au soulagement de la douleur des patients, de leurs proches et également de celle des soignants sur l'ensemble du territoire français. À travers les projets accompagnés et les nombreux partenariats construits avec les acteurs de la société civile (associations, sociétés savantes et institutions), la Fondation APICIL s'engage pour faire reconnaître la nécessaire prise en charge de la douleur comme une priorité de santé.

À ce jour, 13 millions d'euros ont été consacrés à 900 projets et actions innovantes en France.

Plus d'infos : www.fondation-apicil.org

Nous écrire : 38 rue François Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire
Nous rencontrer : 22 rue Felix Mangini, 69009 Lyon

CONTACT FONDATION

Nathalie Aulnette, Directrice

nathalie.aulnette@fondation-apicil.org

 @FondationAPICIL

 @apicilfondation

 Fondation APICIL

 Fondation APICIL

[Télécharger le rapport d'activité 2022](#)



SERVICE PRESSE FONDATION APICIL

Wilma ODIN-LUMETTA - AGENCE BURO2PRESSE
contact@buro2presse.com - 06 83 90 25 64