

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2021

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES MÉDECINE D'URGENCE)

par

Lise, Anouk PICOT

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 2021

Prise en charge de la douleur en fonction du sexe aux urgences du CHU de Nantes

Président : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe LE CONTE

Remerciements

A mon directeur de thèse, Monsieur le professeur Philippe LE CONTE, des remerciements immenses pour votre patience, votre persévérance et votre tolérance, malgré mon aversion pour toute forme de réponse électronique.

A Monsieur le professeur Julien NIZARD, merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

A Madame la docteure Céline LONGO, merci de me faire l'honneur de juger ce travail

A Madame la docteure Hélène VERGNAUD, merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A mes différents maîtres de stages qui m'ont permis de me former et d'en arriver là aujourd'hui, plus particulièrement aux services de médecine polyvalente du centre hospitalier départemental Vendée, à l'intégralité du service de cardiologie de Saint-Nazaire et aux services des Urgences de Saint-Nazaire, merci pour la confiance que vous m'avez donné et qui m'a permis de grandir, tant sur le plan professionnel que personnel.

A ma famille bien évidemment, aux vivants et au mort.

A mon père, ma mère et mes sœurs, toujours là pour me soutenir dans les bons et les mauvais moments, quelque soit le nombre de kilomètres qui nous séparent.

A ma grand-mère, premier exemple de femme forte que j'ai connu.

A mes cousins et cousines, oncles et tantes que je n'oublie pas non plus.

A mes amis aussi, ceux de toujours d'abord Baya, Achille, Florent et sa magnifique famille, merci pour ses années de rires et de découvertes partagées, qu'elles puissent se prolonger indéfiniment.

Aux nouvelles rencontres, Cloé, Laura, Catel, Robert, Luc, Valentin, Sephora, Aneva, à tous ceux et celles que j'oublie, merci d'être vous.

Enfin, à la colocation de l'amitié, ses membres actuels, Ulysse, Bénédicte, Simon, ses anciens membres et ses membres occasionnels, merci à tous, c'est un véritable bonheur d'évoluer à vos côtés au quotidien.

Table des matières

1. Introduction.....	4
2. Matériels et méthodes.....	6
2.1 Design de l'étude.....	6
2.2 Objectifs et critères de jugement.....	7
2.3 Méthodologie statistique.....	7
3. Résultats.....	8
3.1 Population générale.....	8
3.2 Analyse des données en fonction du sexe.....	10
3.2.1 Objectif principal :.....	12
3.2.2 Objectifs secondaires.....	13
3.2.2.1 Délai entre admission et première mesure et valeur de l'EVA.....	13
3.2.2.2 Délais et valeurs de la réévaluation de l'EVA.....	14
3.2.2.3 Valeurs finales de l'EVA.....	16
3.2.2.4 Issue finale du séjour.....	16
4. Discussion.....	18
5. Conclusion.....	21
6. Bibliographie.....	22

1. Introduction

« *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits* »(1) « *La femme naît libre et demeure égale à l'homme en droits* »(2)

Dès la fin du XVIII^e siècle, les citoyens ont érigé en principe premier l'universalité et l'égalité. Dans une volonté de faire table rase de siècles de monarchie, ils ont souhaité replacer l'Homme au cœur du droit et de la philosophie. Alors déjà, certaines femmes revendiquaient une place équivalente à celles des hommes et surtout un traitement identique dans les droits et devoirs.(2)

Si l'égalité revendiquée entre tous est un concept nouveau pour l'époque, elle pourrait être également un principe fondamental de la médecine.

Déjà Hippocrate, enseignait à sa façon une égalité de traitement « *Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades* ».(3)

Aujourd'hui dans sa dernière version, le contenu est plus explicite « *Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.* » (4) Il n'en ressort pas moins que l'universalité a souvent été au centre des préoccupations des soignants.

L'expérience de la douleur semble être un des problèmes les plus récurrents opposé à l'humanité.

Si les animaux sont capables de chercher et d'utiliser des plantes antalgiques (5), nous pouvons raisonnablement supposer que l'Homme a cherché à faire de même depuis longtemps, et ce bien avant les premières traces écrites d'utilisation de plantes médicinales, il y a plus de 5000 ans. (6)

De ce passé lointain jusqu'aujourd'hui de nombreux progrès ont été faits, tant par la capacité à quantifier la douleur, que par notre habilité à la traiter.

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain), elle correspond à une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. (7)

La recherche ne cesse de progresser dans ce domaine et si la connaissance des bases physiopathologiques s'affine, on sait que la douleur ne peut être uniquement réduite à l'ac-

tivation des voies nociceptives. Les influences démographiques, génétiques psychosociales et sexuelles ont été démontrées et prennent part à ce phénomène complexe. (8)(9).

Si les soignants s'inscrivent théoriquement dans une démarche universaliste telle qu'évoquée ci-dessus, nous savons bien que dans la pratique elle est difficile à mettre en place. Les croyances, attentes et/ou préjugés propres à chaque praticien peuvent influencer sur sa manière de traiter.

Il est depuis longtemps connu aux États-Unis d'Amérique, que l'ethnicité influe sur la qualité de la prise en charge des patients (10), entre autre sur l'administration d'opiacés dans la douleur aiguë. (11)(12)(13).

Si la difficulté du respect de l'engagement moral du serment d'Hippocrate peut être mis à mal par l'appartenance à un groupe ethnique, qu'en est-il du genre ?

La femme est-elle traitée de manière identique à l'homme par le corps médical ?

Plus spécifiquement, devant l'expérience de la douleur, l'homme et la femme sont-ils sur un pied d'égalité quant à son traitement ?

Les études déjà réalisées retrouvent des résultats assez disparates, certaines retrouvant une différence significative en faveur d'une plus grande prescription d'analgésique chez les hommes (à seuil de douleur identique) (14)(15), d'autres notent une différence significative en faveur des femmes(16) tandis que d'autres encore ne retrouvent pas de différences significatives. (17)

Devant, l'hétérogénéité des réponses apportées et le peu d'études françaises retrouvées sur le sujet, nous avons cherché à dresser l'état des lieux à l'échelle locale. Existe-t-il – une différence sur la prise en charge de la douleur en fonction du sexe à l'accueil des urgences du CHU de Nantes ?

2. Matériels et méthodes

2.1 Design de l'étude

Afin de déterminer s'il existait une différence sur la prise en charge de la douleur en fonction du sexe aux urgences du CHU de Nantes nous avons réalisé une étude rétrospective entre le 1er septembre 2019 et le 31 décembre 2019 sur une population de patients traumatisés. Après contact auprès du Centre d'information médicale (CIM), une requête a extrait un fichier aléatoire de 428 patients se présentant pour une admission aux urgences pour un motif traumatique.

A partir de ce premier fichier, les patients ont été extraits selon les critères suivants

- critères d'inclusions :
 - patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois victimes d'un traumatisme fermé
 - présentant une douleur rapportée sur l'échelle visuelle analogique (EVA) supérieure ou égale à 3 (18)
- critères d'exclusions :
 - estimation de la douleur avec EVA < 3
 - altération des capacités cognitives (démence, alcoolisation ou intoxication médicamenteuse aiguë)
 - toxicomanie aux opiacés

Les données recueillies concernent l'âge, le sexe, le motif de consultation, le délai entre l'arrivée du patient et celui de la première évaluation de la douleur, le délai entre l'arrivée et la première administration d'antalgique, le type d'antalgique (palier, mode d'administration), le délai de réévaluation et de nouvelle administration d'antalgique, l'EVA finale et enfin le devenir du patient.

2.2 Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal était la mesure de prise en charge de la douleur entre femmes et hommes dans une population de patients victimes d'un traumatisme fermé. Le critère principal de jugement était le nombre de patients ayant une première administration d'antalgique après le début de la prise en charge ajusté en fonction du sexe.

Les objectifs secondaires étaient l'exploration des différentes modalités de prise en charge de la douleur ajustées en fonction du sexe.

Les critères secondaires étaient : la rapidité de l'évaluation de la première EVA, la valeur de la première EVA, la durée de séjour, la valeur de la 2^e EVA et l'EVA finale, le devenir des patients, le score ISS (Injury Severity Score).(19)

2.3 Méthodologie statistique

Les données récupérées sous LibreOffice Calc, ont été analysées avec le logiciel PASW Statistics® et Rstudio® 1.2.5. Les données continues, exprimées sous forme de moyenne et écart-type ont été comparées par un test t de Student ou un test non-paramétrique si nécessaire. Les données non-continues sous forme de proportions ont été comparées selon un test de CHI2, $p < 0,05$ était significatif.

3. Résultats

3.1 Population générale

Sur les 428 dossiers patients aléatoirement examinés, 162 ont pu être retenus pour être analysés (84 femmes, 78 hommes) âgés de 48 ± 23 ans.

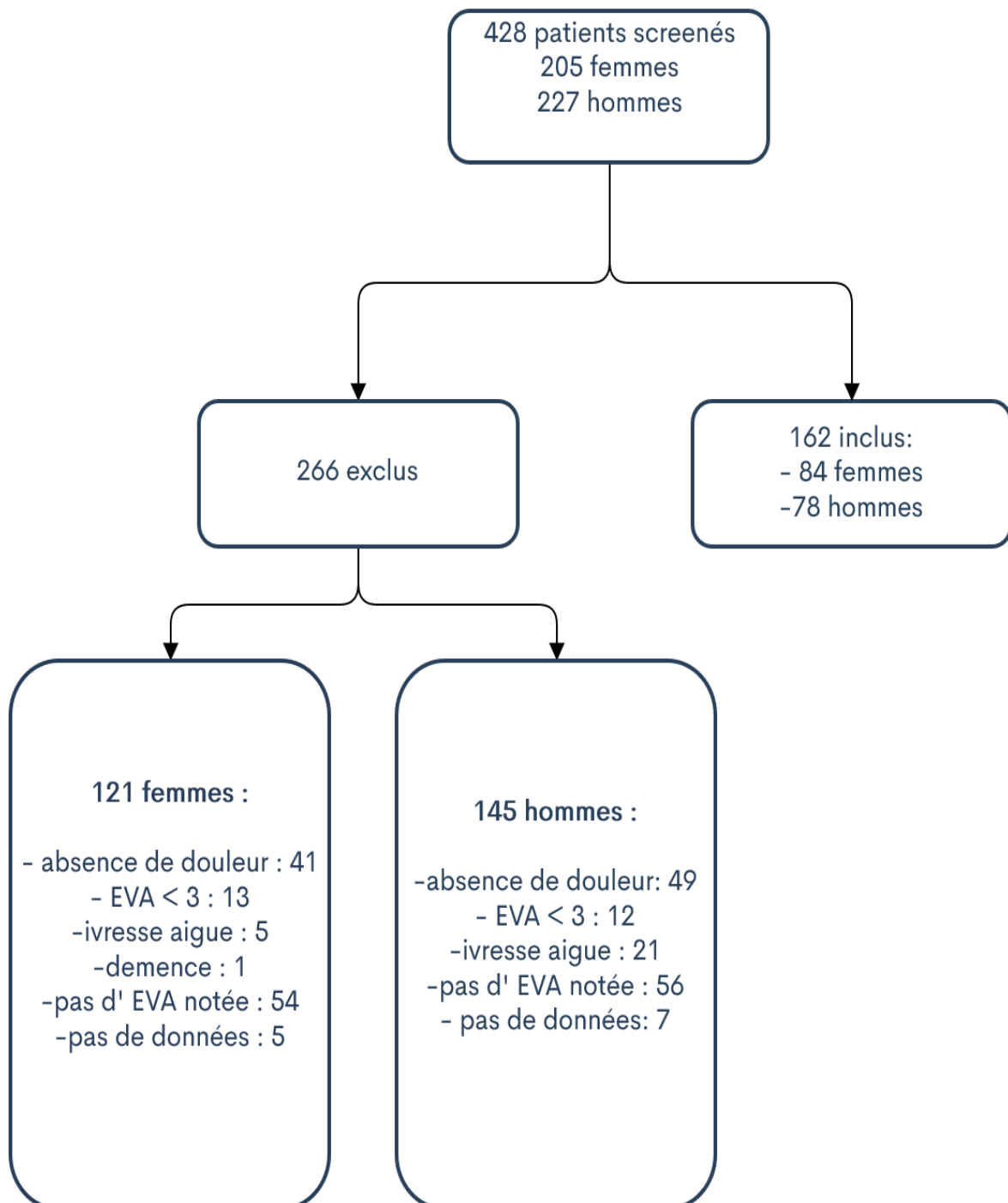


Figure 1: diagramme de flux

Sur ces 162 dossiers analysés, toutes les données n'étaient pas disponibles (tableau 1), les données manquantes touchant en particulier le poids puis le Glasgow et l'EVA finale.

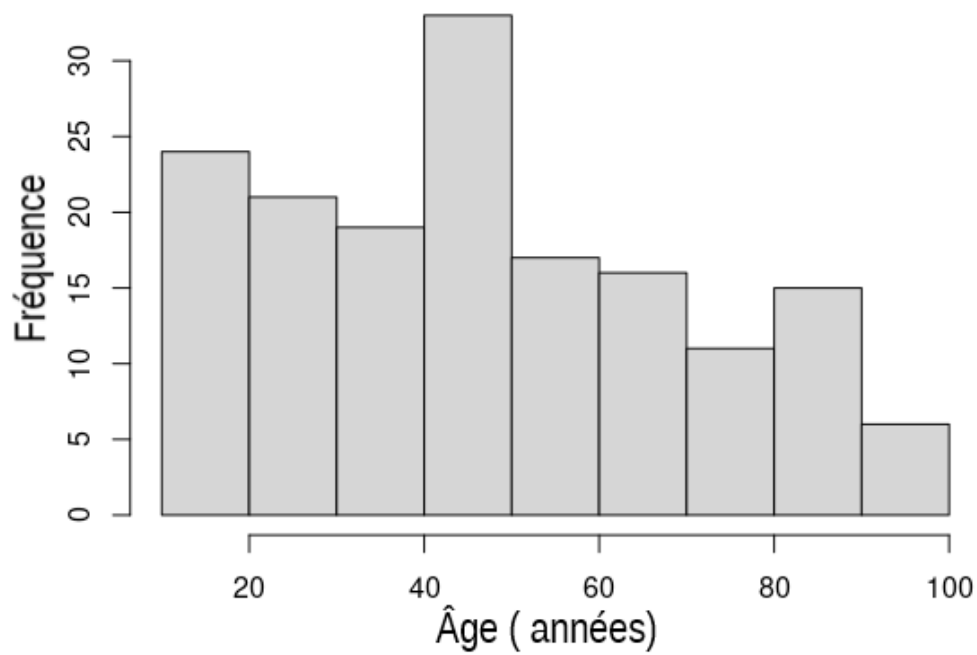


Figure 2 : histogramme des âges des patients tous genres confondus

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
âge (années)	162	15	98	48,1	23,3
Score de Glasgow	124	15	15	15	0
Poids (kg)	44	39	105	68,6	14,7
Durée de séjour (minutes)	152	51	2017	447	321
EVA initiale	161	2	10	5,6	2,1
Délai entrée 1ère EVA (minutes)	161	0	184	30	36
Délai entrée réévaluation de EVA (minutes)	148	0	620	151	129
Réévaluation EVA	151	0	10	3,21	3,2
EVA finale	123	0	10	2,05	2,3
Score ISS	141	1	8	2,95	1,4

Tableau 1 : Statistiques descriptives de la population générale

3.2 Analyse des données en fonction du sexe

Ainsi en termes de population, on note une différence entre les deux échantillons au niveau de l'âge (tableau 2 et figure 3), la population masculine présente aux urgences traumatologiques étant statistiquement significativement plus jeune que la population féminine (moyenne à 56 ans pour les femmes contre 39 ans pour les hommes, $p < 0,05$)

		Femmes	Hommes	Total	p
Age (années)	Moyenne	56,2	39,5	48,1	0
	N	84	78	162	
	Ecart-type	23,4	19,8	23,8	
	Médiane	54,5	39,5	46,0	

Poids (kg)	Moyenne	65,4	72,7	68,6	0,1
	N	25	19	44	
	Ecart-type	15,2	13,3	14,7	
	Médiane	66,0	70,0	68,5	
Durée de séjour ((minutes)	Moyenne	519	374	448	0,01
	N	77	75	152	
	Ecart-type	383,2	221,719	321,8	
	Médiane	411	288	361	
EVA initiale	Moyenne	5,9	5,1	5,6	0,01
	N	84	77	161	
	Ecart-type	2,1	1,9	2,1	
	Médiane	6,0	5,0	5,0	
Délai EVA (minutes depuis l'en- trée)	Moyenne	30	29	30	0,09
	N	84	77	161	
	Ecart-type	37,3	34,5	35,9	
	Médiane	16,5	20,0	18,0	
Délai réévaluation EVA (minutes)	Moyenne	166	133	151	0,09
	N	80	68	148	
	Ecart-type	142,1	109, 3	128,8	
	Médiane	153	120	142	
2e EVA	Moyenne	3,5	2,9	3,	0,21
	N	81	70	151	
	Ecart-type	3,3	3,0	3,2	
	Médiane	4,0	2,0	3,0	
EVA finale	Moyenne	2,06	2,04	2,05	0,95
	N	66	57	123	
	Ecart-type	2,2	2,6	2,4	
	Médiane	2,0	1,00	1,0	
Score ISS	Moyenne	3,2	2,7	2,9	0,08
	N	74	67	141	
	Ecart-type	1,4	1,4	1,4	
	Médiane	3,0	3,0	3,0	

Tableau 2 : principales données en fonction du genre

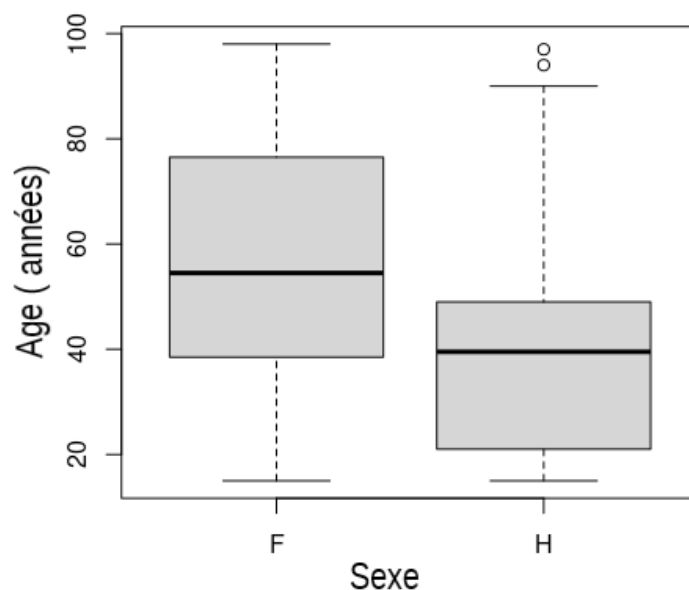


Figure 3 : âge en fonction du genre

3.2.1 Objectif principal :

	Femmes	Hommes
Pas d'antalgique	20 (23% [IC95 16-34%])	27 (35% [IC95 25-45%])
Antalgique	64 (77% [IC95 66-84%])	51 (65% [IC95 54-75%])
Chi2 : p 0,17		

Tableau 3 : administration d'antalgiques en fonction du genre

Il n'existe donc pas de différence significative sur l'administration d'antalgique en fonction du genre dans notre population de patients traumatisés.

3.2.2 Objectifs secondaires

3.2.2.1 Délai entre admission et première mesure et valeur de l'EVA

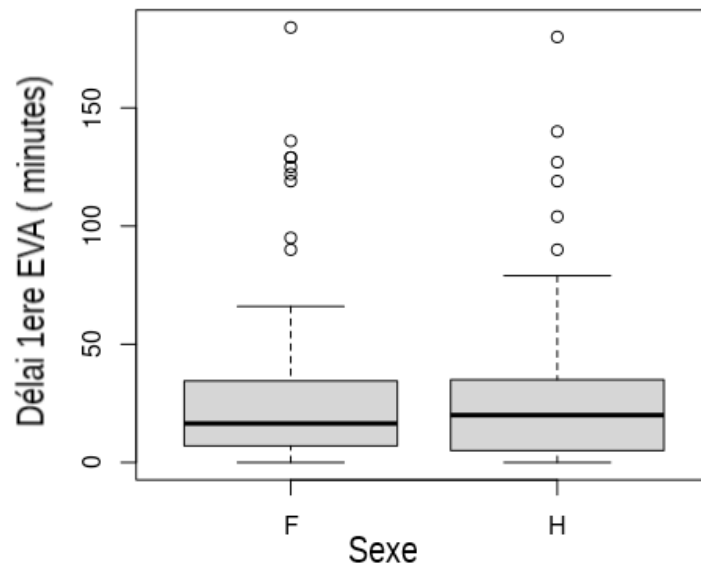


Figure 4 : délai entre admission et mesure de la première EVA en fonction du genre

Le délai entre l'admission et la première mesure de l'EVA n'était pas différente entre les deux genres (tableau 2 et figure 4).

La déclaration initiale de l'EVA était significativement plus élevée chez les femmes (évaluée à 5,9 contre 5,1 chez les hommes). (tableau 2 et figure 5)

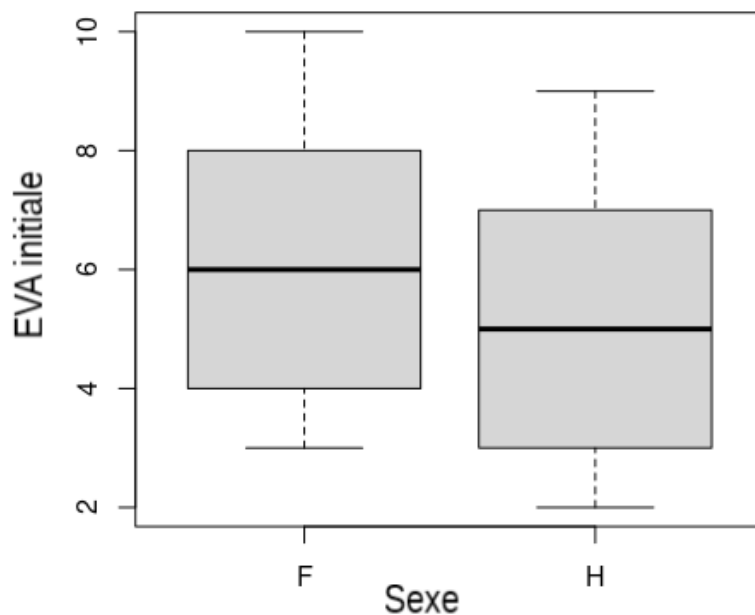


Figure 5 : valeur de l'EVA initiale en fonction du genre

1 ^{er} antalgique			
	Femmes (N)	Hommes (N)	p
Palier 1	51	41	0,91
AINS	5	8	0,88
Palier 2	9	7	0,9
Palier 3	8	9	0,99
Autre (kétamine, MEOPA)	0	1	0,84

Tableau 3 : paliers des antalgiques lors de la première administration en fonction du genre

3.2.2.2 Délais et valeurs de la réévaluation de l'EVA

Les délais et valeurs de la réévaluation de l'EVA ne sont pas différentes en fonction du genre (Tableau 2 et figure 6 et 7)

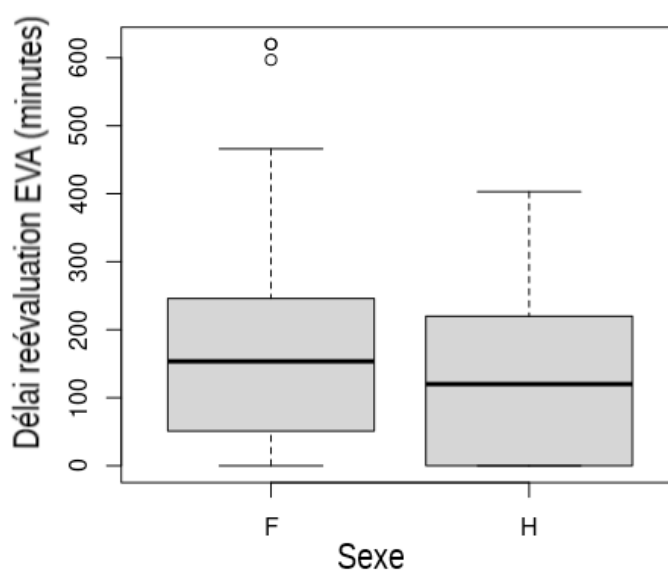


Figure 6 : délais de réévaluation de l'EVA en fonction du genre

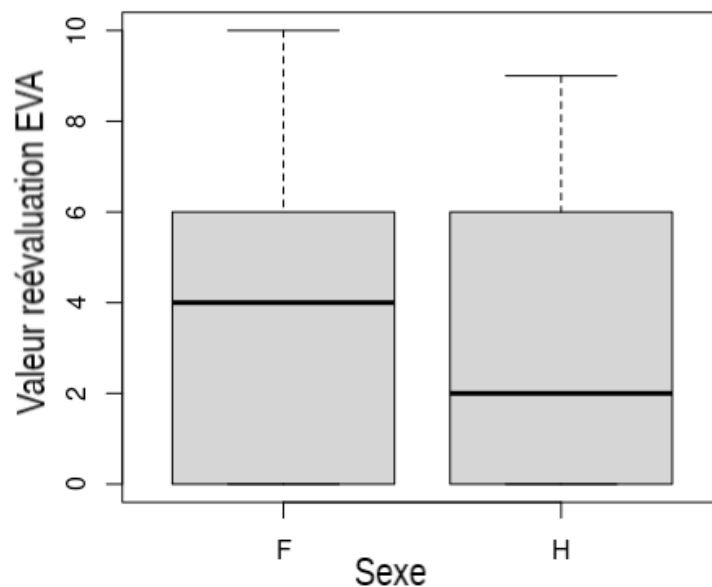


Figure 7 : Valeurs de l'EVA lors de la réévaluation en fonction du genre

2e antalgique			
	Femmes (N)	Hommes (N)	p
Palier 1	15	6	0,86
AINS	10	6	0,54
Palier 2	19	11	0,9
Palier 3	16	15	1

Tableau 4 : paliers des antalgiques lors de la première administration en fonction du genre

Il n'est d'ailleurs pas non plus retrouvé de différence significative dans les associations de schémas antalgiques administrés entre les hommes et les femmes, que ce soit des antalgiques isolés (par exemple simplement du paracétamol ou des associations habituelles (paracétamol et AINS ou palier 2 ou palier 3 (1ere administration d'antalgiques $p=0,99$, deuxième administration $p=0,99$))

3.2.2.3 Valeurs finales de l'EVA

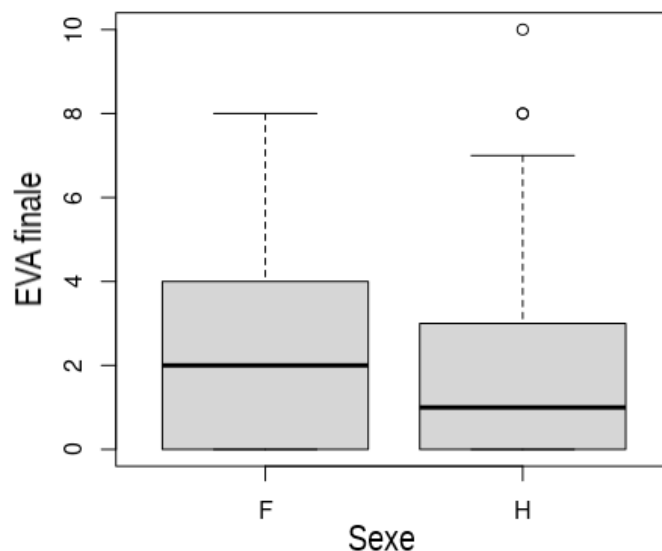


Figure 8 : Valeurs finales de l'EVA en fonction du genre

3.2.2.4 Issue finale du séjour

La durée de séjour significativement plus longue pour les femmes que les hommes (moyenne à 519 minutes pour les femmes contre 374 minutes pour les hommes $p < 0,05$).

Quant au motif de venue aux urgences et du diagnostic final on ne retrouve pas de différence significative en fonction du genre du patient ($p = 0,99$) (tableau 5).

De même il n'est pas constaté de différence quant au devenir des patients après leur passage aux urgences, que ce soit en termes de prise en charge chirurgicale ($p = 0,98$) ou de retour à domicile ($p = 0,90$).

		Sexe		Total
		F (N)	H (N)	
Catégorie de diagnostic	Pas de diagnostic	0	2	2
	Autre	10	11	21
	Contusion	19	15	34
	Contusion post AVP	13	15	28
	Entorse	6	7	13
	Fracture	27	18	45
	Plaie	1	5	6
	Rachialgie	8	5	13
Total		84	78	162

Tableau 5 : grandes catégories diagnostiques par genre

4. Discussion

Dans notre étude il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur la prise en charge de la douleur aiguë chez des patients traumatisés en fonction du sexe.

Malgré ses résultats satisfaisants pour nos pratiques il nous paraît nécessaire de mettre quelques éléments en exergue.

D'un point de vue méthodologique, tout d'abord , il est évident que le caractère rétrospectif et monocentrique de l'étude lui confère un faible niveau de preuve limitant ainsi la force des résultats obtenus. De plus, le critère principal de jugement, prescription initiale d'un antalgique, quelque soit palier de 1 à 3, peut sembler réducteur.

Elle ne peut d'ailleurs s'affranchir d'un biais de sélection initial de la capacité à communiquer sa douleur (échelle EVA déclarative).

La différence significative de la moyenne d'âge entre l'échantillon masculin et féminin s'explique par une surreprésentation des hommes jeunes en traumatologie, observée à l'échelle nationale (20) et peut être possiblement expliqué par leur mode de vie.

La différence observée sur la durée de séjour, plus longue chez l'échantillon féminin peut aussi s'expliquer par sa moyenne d'âge plus élevée. En effet, il est prouvé que les patients âgés ont une prise en charge au sein des urgences plus longue que celles des patients plus jeunes, au regard des nombreuses comorbidités et examens complémentaires supplémentaires, et de la difficulté du retour à domicile. (21)

Par ailleurs, il est démontré que la douleur est moins bien traitée chez le sujet âgé, comparativement au sujet plus jeune. (16)

Nous avons pu constater qu'il existe une différence significative sur l'EVA initiale, plus importante chez les femmes dans notre échantillon (5,9 versus 5,1), alors qu'il n'existe pas de différence sur l'EVA finale ni sur les diagnostics finaux. Cette différence initiale ne donnant pourtant pas lieu à une prescription d'antalgiques plus importante chez la femme. Bien que la pertinence clinique de cette différence d' EVA soit difficile à évaluer ,il peut être intéressant d 'analyser cet écart à travers la construction psychosociale genrée de l'individu.

En effet, les hommes seraient éduqués majoritairement dans un schéma d'endurance et de résistance alors que l'éducation des femmes serait plus centrée sur l'expression et

l'émotivité (9). Il est plus socialement accepté pour une femme de montrer sa douleur, alors que paradoxalement elle est moins prise en compte par les professionnels. (22)(23)

Pour autant comment expliquer ces résultats différents de la majorité des études réalisées jusqu'alors ?

Une explication que nous pourrions avancer est l'existence d'un protocole de prise en charge de la douleur aux urgences du CHU de Nantes, géré par les infirmières d'accueil et d'orientation.

En effet, il a été prouvé dans certaines études, que les praticiens prescripteurs reconnaissent mieux la douleur chez les patients du même sexe qu'eux et ont tendance à leur délivrer plus d'antalgiques qu'aux patients du sexe opposé. (24)(25)(26) Or sachant que la profession d'infirmière est exercée majoritairement par des femmes (86,9 % en 2014 (27)), nous pouvons trouver une explication sur le non sous traitement de la douleur féminine.

Par ailleurs, il a été retrouvé dans d'autres études que pour des étiologies de douleur initialement bien identifiées, comme les fractures, il n'existe pas de différence dans l'attribution des antalgiques(15) et notre échantillon comporte une part non négligeable de fractures (23 % à 32%).

Même si nous ne pouvons que nous réjouir de nos bonnes pratiques locales, il reste encore des efforts à faire à une échelle plus générale pour améliorer l'équité de nos pratiques, et ne plus faire du masculin la seule norme en médecine.

Bien que nous n'ayons pas abordé la problématique durant cette étude, il nous paraît pertinent de faire remarquer, par exemple, que les effets secondaires des médicaments sont deux fois plus importants chez les femmes que les hommes sans corrélation avec le poids (27).

Nous pouvons trouver des pistes de réponse à un niveau plus fondamental.

Ainsi aujourd'hui encore, la majorité des souris de laboratoires utilisés dans les premières phases des essais cliniques sont des souris mâles (28) malgré l'existence de preuves témoignant de la différence de la tolérance de la douleur en fonction du sexe dans les modèles animaux(29). De même, dans les phases plus avancées des essais cliniques on retrouve encore une disparité de genre avec une nette prédominance de sujets masculins (30).

La recherche n'est pas la seule à incriminer, il faut aussi interroger notre formation et nos apprentissages. Ainsi, il n'est toujours pas fait mention de la présentation spécifique de

certaines pathologies comme l'infarctus du myocarde dans nos livres d'enseignements (31).

Chez les étudiants en médecine, à cas clinique équivalent (douleur de nuque), en changeant uniquement le sexe du patient, on remarque une surprescription des examens diagnostiques pour les patients hommes associé à contrario à une surreprésentation des prescriptions de kinésithérapie chez les patientes (32)

Les préjugés de genre commencent à être étudié chez les étudiants et les résultats jusqu'à présent confirment leur existence (33)(34)(35) et l'insuffisance de formation à ce propos lors de nos études (36)(37).

S'il est important de comprendre et intégrer ces biais de genre, pour tendre à une plus grande égalité, il ne faut pas omettre que le sexe du patient peut être une des clefs de compréhension de sa pathologie dans sa globalité, en mêlant la part somatique et psychosociale.

5. Conclusion

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'il n'existe pas aux urgences du CHU de Nantes de différence de la prise en charge de la douleur en fonction du sexe du patient.

Ces résultats doivent être pondérés, entre autre par la focalisation sur les urgences traumatologiques, la petite taille de l'échantillon, la surreprésentation des patientes âgées et la prévalence importante d'infirmière habilitées à délivrer par elle-même des antalgiques.

Si nous pouvons nous réjouir de nos pratiques locales, il reste nécessaire d'être vigilant dans notre exercice quotidien (de praticien, d'enseignant ou de chercheur), à la spécificité du sujet féminin/femelle et d'essayer de déconstruire nos préjugés à l'aune des preuves scientifiques établissant que la norme n'est pas masculine mais plurielle.

« Nous ne pouvons pas construire un monde meilleur sans améliorer les individus. Dans ce but, chacun de nous doit travailler à son propre perfectionnement, tout en acceptant dans la vie générale de l'Humanité sa part de responsabilités » Marie Curie (38)

6. Bibliographie

1. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/menu/droit-national-en-vigueur/constitution/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>
2. CITOYENNE A> T fondateurs > 1791 : DDDDLFEDL. 1791 : DECLARATION DES DROITS DE LA FEMME ET DE LA CITOYENNE. Ligue des droits de l'Homme. 2007 . Disponible sur: <https://www.ldh-france.org/1791-DECLARATION-DES-DROITS-DE-LA/>
3. Serment d'Hippocrate. In: Wikipédia 2021 . Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Serment_d%27Hippocrate&oldid=180983080
4. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
5. Morrogh-Bernard HC, Foitová I, Yeen Z, Wilkin P, de Martin R, Rárová L, et al. ***Self-medication by orang-utans (Pongo pygmaeus) using bioactive properties of Dracaena cantleyi***. Sci Rep. 30 nov 2017;7(1):16653.
6. Petrovska BB. ***Historical review of medicinal plants' usage***. Pharmacogn Rev. janv 2012;6(11):1-5.
7. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. ***The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises***. Pain. 1 sept 2020;161(9):1976-82.
8. Fillingim RB. ***Individual Differences in Pain: Understanding the Mosaic that Makes Pain Personal***. Pain. avr 2017;158(Suppl 1):S11-8.
9. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. ***“Brave Men” and “Emotional Women”: A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain***. Pain Res Manag 25 févr 2018 ;2018.

10. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. ***Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*** . Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003
11. Dickason RM, Chauhan V, Mor A, Ibler E, Kuehnle S, Mahoney D, et al. ***Racial differences in opiate administration for pain relief at an academic emergency department.*** West J Emerg Med. mai 2015;16(3):372-80.
12. Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S. ***Disparities in Analgesia and Opioid Prescribing Practices for Patients With Musculoskeletal Pain in the Emergency Department.*** J Emerg Nurs. juin 2006;32(3):219-24.
13. Hostetler MA, Auinger P, Szilagyi PG. ***Parenteral analgesic and sedative use among ED patients in the United States: Combined results from the national hospital ambulatory medical care survey (NHAMCS) 1992-1997.*** Am J Emerg Med. mai 2002;20(3):139-43.
14. Chen EH, Shofer FS, Dean AJ, Hollander JE, Baxt WG, Robey JL, et al. ***Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain.*** Acad Emerg Med. 2008;15(5):414-8.
15. Siddiqui A, Belland L, Rivera-Reyes L, Handel D, Yadav K, Heard K, et al. ***A multi-center evaluation of the impact of gender on abdominal and fracture pain care.*** Med Care. nov 2015;53(11):948-53.
16. Shah AA, Zogg CK, Zafar SN, Schneider EB, Cooper LA, Chapital AB, et al. ***Analgesic Access for Acute Abdominal Pain in the Emergency Department Among Racial/Ethnic Minority Patients: A Nationwide Examination.*** Med Care. déc 2015;53(12):1000-9.
17. Banz VM, Christen B, Paul K, Martinolli L, Candinas D, Zimmermann H, et al. ***Gender, age and ethnic aspects of analgesia in acute abdominal pain: is analgesia even across the groups?: Improving analgesia for NSAP.*** Intern Med J. mars 2012;42(3):281-8.

18. liste_echelles_douleur_2019.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
19. Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Long WB. ***The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care.*** J Trauma. 1 janv 1974;14(3):187-96.
20. Carrasco B. ***Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale.*** 2003;8.
21. ***Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-agees-aux-urgences-une-sante-plus-fragile>
22. ***Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières*** - Actes du colloque du 18 novembre 2014 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/resultats-de-lenquete-nationale-aupres-des>
23. Hoffmann DE, Tarzian AJ. ***The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain.*** J Law Med Ethics. 2001;28(4_suppl):13-27.
24. Myers CD, Riley JL, Robinson ME. ***Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain.*** Clin J Pain. août 2003;19(4):225-32.
25. Weisse CS, Sorum PC, Dominguez RE. ***The influence of gender and race on physicians' pain management decisions.*** J Pain. nov 2003;4(9):505-10.
26. Marquie L, Raufaste E, Lauque D, Mariné C, Ecoiffier M, Sorum P. ***Pain rating by patients and physicians: Evidence of systematic pain miscalibration.*** Pain. 1 avr 2003;102:289-96.
27. Les professions de santé au 1er janvier 2014. :94.
28. Zucker I, Prendergast BJ. ***Sex differences in pharmacokinetics predict adverse drug reactions in women.*** Biol Sex Differ. 5 juin 2020;11(1):32.

29. McGregor AJ, Hasnain M, Sandberg K, Morrison MF, Berlin M, Trott J. ***How to study the impact of sex and gender in medical research: a review of resources***. Biol Sex Differ. 14 oct 2016;7(Suppl 1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073798/>
30. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. ***Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report***. Pain. nov 2007;132:S26-45.
31. Geller SE, Koch AR, Roesch P, Filut A, Hallgren E, Carnes M. ***The More Things Change, the More They Stay the Same: A Study to Evaluate Compliance With Inclusion and Assessment of Women and Minorities in Randomized Controlled Trials***. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2018;93(4):630-5.
32. Dijkstra AF, Verdonk P, Lagro-Janssen ALM. ***Gender bias in medical textbooks: examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology***. Med Educ. oct 2008;42(10):1021-8.
33. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. ***Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination***. J Womens Health Gend Based Med. sept 2002;11(7):653-66.
34. Andersson J, Salander P, Hamberg K. ***Using patients' narratives to reveal gender stereotypes among medical students***. Acad Med J Assoc Am Med Coll. juill 2013;88(7):1015-21.
35. Gustafsson Sendén M, Renström EA. ***Gender bias in assessment of future work ability among pain patients - an experimental vignette study of medical students' assessment***. Scand J Pain. 24 avr 2019;19(2):407-14.
36. Norstedt M, Davies K. ***[Medical education seemingly « immune » to discussions on sex and gender. A study indicates that the gender perspective in teaching is limited]***. Lakartidningen. 5 juin 2003;100(23):2056-9, 2062.
37. Hamberg K. ***[Gender perspective relevant in many medical school subjects. Essential to perceive men and women holistically]***. Lakartidningen. 4 déc 2003;100(49):4078-83.

38. Marie Curie - Folio biographies - Folio - GALLIMARD - Site Gallimard .

Titre de Thèse : Prise en charge de la douleur aux urgences du CHU de Nantes en fonction du sexe

RESUME (10 lignes)

Etude rétrospective entre le 1^{er} septembre 2019 et le 31 décembre 2019 aux urgences traumatologiques. Inclusion de 162 patients (84 femmes , 78 hommes)
Le critère de jugement principal était le nombre de patients ayant une première administration d'antalgique après le début de la prise en charge ajustés en fonction du sexe. Nous ne retrouvons pas de différence significative ($p = 0,17$). Sur les critères de jugement secondaires, nous mettons en évidence une durée de séjour plus longue chez les femmes (519 minutes contre 374 minutes chez les hommes) et une EVA initiale plus élevée (6 contre 5,1 chez les hommes). Les autres critères ne retrouvant pas de différence.

Ces résultats sont à pondérer par la focalisation sur les urgences traumatologiques, la petite taille de l'échantillon, la surreprésentation des patientes âgées et la prévalence importante d'infirmière habilitées à délivrer par elle-même des antalgiques.

-

MOTS-CLES

DOULEUR, SEXE, GENRE, URGENCES, TRAUMATOLOGIE

