

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 185

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention DES de Médecine Générale

PAR

Nom et prénoms : CHARPENTIER Mickaël

Date et lieu de naissance : 15/04/1991 à STRASBOURG

Titre de la Thèse :

**Identification de facteurs de risque de pluri-consultations
pour une douleur aigue en médecine générale**

Président de thèse : Pr ANDRES Emmanuel, Professeur

Directeur de thèse : Pr SALVAT Eric

LISTE DES PROFESSEURS ET DES MAITRES DE CONFERENCE DE LA FACULTE DE**MEDECINE**

1
FACULTE DE MÉDECINE
 (U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition DECEMBRE 2019
 Année universitaire 2019-2020



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
 DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
 M. GAUTIER Christophe

**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
 DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéocarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0089	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Cgénétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUJ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schittigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCO Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Eilise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Merci à ma famille, à ma mère Brigitte, pour sa sollicitude à mon égard, à mon frère Nicolas, pour ses conseils ; et pour leur soutien, leurs idées et leur existence tout simplement. Merci à Bogdana pour son enthousiasme rafraichissant. Merci au reste de ma famille Alsacienne et à toute celle du Gard, pour tous ces bons moments passés ensemble. Merci encore à ceux qui nous ont quitté, qui m'ont ouvert la voie que j'emprunte.

Merci à mes amis, Benoît, Amélie, Laurent, Melissa, Gaël, Delphine, Medhi, Bahija, Sylvain, Adrien, Guillaume, Cyril L., Mélanie, Valentin, Xavier, Hélène, Jérôme, Lucie, Florian, Léa, Sezer, Mike et aux anciens TS1, qui ont su enrichir mon existence de bien des manières.

Merci à mes amis et collègues médecins, Cédric, Cécile, Pierre, Victoria, Marie F., Fatma, William, Vincent, Céline, Cyril C., Amir, Marie C., Maxime, Yannis, Raphael, Marion, Johanna et Marie D., avec qui nous avons traversé bien des épreuves, mais aussi des moments de joie inoubliables.

Remerciements spéciaux pour Clémence S., Aurélien, Constance, Lily, Clémence D., Charlotte et Léonie, que nous apprenons à connaître avec émerveillement un peu plus chaque jour.

Merci à tous mes maîtres et professeurs, aux médecins, aux infirmières, aux aides-soignantes, aux ASH, aux secrétaires et à toutes les personnes avec qui j'ai reçu, partagé et transmis pour devenir le médecin que je suis.

Merci aux structures et aux services qui m'ont accueilli lors de ma progression, au sein desquels j'ai pu grandir et évoluer.

Merci à mon directeur de thèse Eric, aux personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce projet, aux médecins généralistes qui y ont contribué, aux membres et président de ce jury pour leur temps et leur énergie à me consacrer.

Merci enfin à tous, pour avoir fait de moi l'homme que je suis.

« La vie consiste à grandir et à évoluer. J'ai l'impression que ma vie a avancé par étapes, et les étapes que j'ai traversées quand j'étais plus jeune m'ont permis de devenir l'homme que je suis aujourd'hui. »

Calvin Cordozar Broadus, Jr., alias Snoop Dogg

TABLE DES MATIERES

LISTE DES PROFESSEURS ET DES MAITRES DE CONFERENCE DE LA FACULTE DE MEDECINE.....	3
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	15
REMERCIEMENTS	16
TABLE DES MATIERES	17
LISTE DES ABREVIATIONS.....	19
INTRODUCTION	20
MATERIEL ET METHODES	26
I) DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	26
II) MODE DE RECUEIL DES DONNEES : LE QUESTIONNAIRE	27
III) ITEMS DU QUESTIONNAIRE	28
1) <i>Informations sociodémographiques.....</i>	<i>29</i>
2) <i>Caractéristiques de la plainte douloureuse.....</i>	<i>30</i>
3) <i>Prise en charge de la douleur</i>	<i>31</i>
4) <i>Volet médecin.....</i>	<i>33</i>
IV) CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSIONS.....	33
1) <i>Critères d'inclusion</i>	<i>33</i>
2) <i>Critères d'exclusion</i>	<i>34</i>
V) PERIODE D'INCLUSION.....	35
VI) INFORMATION DES INVESTIGATEURS ET DES PATIENTS - ANONYMISATION DES DONNEES	35
VII) EVALUATION ET ANALYSE.....	36
VIII) ORGANIGRAMME DES REPNSES	37
1) <i>FIGURE 1 : Organigramme de recrutement : première méthode</i>	<i>37</i>
2) <i>FIGURE 2 : Organigramme de recrutement : seconde méthode.....</i>	<i>40</i>
IX) REEVALUATION DES CRITERES D'INCLUSION.....	41
X) ETHIQUE.....	41
XI) ANALYSES STATISTIQUES UTILISEES.....	41
RESULTATS	42
I) CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	42
1) <i>TABLEAU N° 1 : Caractéristiques de l'échantillon patient : volet social.....</i>	<i>43</i>
2) <i>TABLEAU N° 2 : Caractéristiques de l'échantillon patient : volet état antérieur</i>	<i>44</i>
3) <i>TABLEAU N° 3 : Caractéristiques de l'échantillon des médecins.....</i>	<i>45</i>
II) RESULTATS.....	45
1) <i>TABLEAU N° 4 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale : volet social.....</i>	<i>46</i>
2) <i>TABLEAU N° 5 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale : volet état antérieur</i>	<i>47</i>
3) <i>TABLEAU N° 6 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale : volet première consultation</i>	<i>48</i>
4) <i>TABLEAU N° 7 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale : volet réponse thérapeutique.....</i>	<i>49</i>
5) <i>TABLEAU N° 8 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale : volet médecin</i>	<i>50</i>
III) FACTEURS DE RISQUE DE PLURI-CONSULTATIONS	51
1) <i>Résultats statistiquement significatifs.....</i>	<i>51</i>
2) <i>Résultats potentiellement significatifs.....</i>	<i>51</i>
3) <i>Résultats non significatifs.....</i>	<i>52</i>
IV) PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AYANT CONSULTE A PLUSIEURS REPRISES	53

1) TABLEAU N° 9 : Prise en charge et évolution des patients ayant pluri-consulté pour une douleur aiguë en médecine générale	54
DISCUSSION	55
I) ANALYSE DES RESULTATS.....	55
1) Résultats significatifs	55
2) Résultats potentiellement significatifs.....	57
3) Résultats non significatifs.....	58
II) PROFIL TYPE DU PATIENT PLURI-CONSULTANT	59
III) LIMITES DE L'ETUDE	60
IV) POINTS FORTS DE L'ETUDE.....	62
V) PERSPECTIVES.....	64
VI) CONCLUSION.....	65
ANNEXES	66
ANNEXE A : QUESTIONNAIRE PATIENT	66
ANNEXE B : QUESTIONNAIRE MEDECIN	68
ANNEXE C : NOTICE EXPLICATIVE	69
ANNEXE D : CONSENTEMENT PRATICIEN	71
ANNEXE E : CONSENTEMENT PATIENT.....	73
ANNEXE F : MAIL DE PRESENTATION DE L'ETUDE	75
BIBLIOGRAPHIE	76
ATTESTATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE PLAGIAT.....	79

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DU : Diplôme Universitaire

EN : Echelle Numérique

IC : Intervalle de Confiance

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RR : Risque Relatif

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

La douleur est définie par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain) comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle, ou potentielle, ou décrites en ces termes » (1,2). Même si cette définition date de 1979, elle reste toujours d'actualité, la douleur étant un phénomène plus que présent dans nos sociétés. De nouvelles propositions et tentatives d'amélioration de cette description sont proposées régulièrement (3–6), dans l'idée de constamment caractériser au plus juste ce qu'est vraiment la douleur.

Ce que cette description essaye de nous transmettre, c'est que la douleur véhicule un vécu négatif ou éprouvé comme tel, mais surtout qu'elle est propre à chacun et donc éminemment subjective. Cela soulève un point important : comment évaluer et traiter une atteinte dont seulement certaines composantes sont objectives, et qui, d'autant plus, diffère selon chaque patient ?

Si nous essayons d'approfondir la question de la nature de la douleur, il est possible d'en dégager plusieurs axes, au sein desquels le principal reste celui de la durée : aigu ou chronique (1,7). Pour rappel, la limite entre ces deux états a été fixée à 3 mois. En ce qui concerne la douleur aiguë, cette dernière est l'un des principaux mécanismes d'alerte du corps, un signal d'alarme, dont la vocation est d'informer l'individu d'un danger ou d'une atteinte corporelle, en vue de la préservation de celui-ci. Chez l'enfant, elle est d'autant plus importante qu'elle joue un rôle majeur dans l'apprentissage du monde environnant, et notamment de ses menaces potentielles. En corrigeant cette atteinte ou en ôtant le danger, l'évolution naturelle de ces douleurs par excès de nociception tend à être favorable, avec une régression et une disparition des symptômes sous-jacents.

Ceci concerne principalement les douleurs de type mécanique et inflammatoire, appelées aussi douleurs par excès de nociception. Les autres types de douleurs, comme les douleurs neuropathiques, nociplastiques et psychogènes ont chacune des propriétés et des caractéristiques qui leur sont singulières.

Cependant, lorsqu'une douleur se pérennise, il y a un risque que celle-ci se transforme, de manière plus ou moins importante ; persiste, à plus ou moins long terme ; voire s'installe et se chronicise (8). Les conséquences des douleurs chroniques sont multiples, tant sur le plan physique que mental (9,10). Il en va de même pour les affections plus aiguës.

Il faut toutefois se rappeler que l'amplitude de ces désagréments varie selon de multiples facteurs, et que cela est donc spécifique à une situation donnée. La sévérité d'une douleur peut se mesurer à trois éléments : l'intensité à proprement parler de la celle-ci, le degré de souffrance liée, sous-entendu sur le plan psychologique, et l'impotence fonctionnelle qu'elle génère (7). De par cette définition, la douleur n'est plus assimilée qu'à un simple symptôme, mais à une maladie à part entière. Il n'y a donc pas une, mais des douleurs.

Si nous cherchons à approfondir ces liens de causalité, il est possible de retrouver à l'échelle du patient des éléments d'ordre physique, mais aussi et surtout psychologique : irritabilité, angoisse (10,11), incertitude diagnostique et/ou thérapeutique, ou encore dépression (10–12). A cela, s'ajoute des problèmes d'ordre financier : augmentation du nombre de consultations à payer (13), du nombre de médicaments à acheter (14), d'exams complémentaires, etc. Professionnellement, les douleurs seront responsables

d'une diminution d'activité ou du temps efficace dans l'emploi, d'arrêts de travail, sans parler de la nécessité d'aménagement de certaines infrastructures ou des conditions de travail (15).

Enfin, il existe une atteinte de la dimension sociale et familiale du malade, à travers la limitation de ses activités et/ou de ses sorties ; la nécessité d'une tierce personne, notamment dans les actes de sa vie quotidienne. La douleur est par conséquent un mal qui touche aussi bien l'individu en lui-même, que sa représentation, ses valeurs et ce qu'il incarne.

Mais en réalité, le patient n'est pas le seul être touché par ces conséquences désastreuses : ses proches le sont bien évidemment, mais son médecin l'est aussi. En effet, le lien que développe ce dernier au fil de leur parcours commun, l'empathie qu'il éprouve pour lui, sont une porte ouverte vers son propre psychisme. Celui-ci peut s'en retrouver, consciemment ou non, agressé par l'expérience négative qui lui est véhiculée au cours de l'entretien. De plus, devant une douleur mal soulagée, la répétition de situations de mise en échec peut contribuer à d'autres effets néfastes, par le biais d'un sentiment d'insatisfaction, de doute, ou de remise en question de ses compétences professionnelles ; et d'une manière plus générale, une dévalorisation de soi et de sa profession.

D'un point de vue plus pratique, la douleur, et le nombre de consultations qui lui sont liés (16,17), provoquent une charge de travail importante pour le médecin. Selon les estimations, environ 20% des motifs de passage chez le praticien seraient en lien avec une pathologie douloureuse chronique (7,13) ; cela sans compter la part des douleurs aiguës elles-mêmes. L'ensemble induit une augmentation du temps de travail du clinicien, à l'origine d'autres conséquences, lesquelles provoquent un effet de boule de neige : majoration de la pression liée à la gestion des patients et du temps qui leur sont impartis, diminution des

temps de loisirs et des activités familiales. Tout ceci renforce d'autant plus ce sentiment d'insatisfaction que nous évoquions juste avant.

Enfin, penchons-nous sur les aspects sociaux de la douleur. Cette dernière est à l'origine d'une augmentation du temps médical, tant sur le nombre de consultations que sur le temps de soins à proprement parler ; d'une majoration de la consommation en soins (13,14,18), sans parler des coûts économiques qui leur sont associés (19). Les arrêts de travail, sont là encore un symptôme récurrent du problème, tout comme les indemnités diverses et variées qu'elle engendre. Traiter la douleur est par conséquent un objectif de santé publique et un des enjeux actuels de la médecine. Toute la question est donc de réaliser, voire d'anticiper, les soins nécessaires et ce, dès l'apparition de la douleur, afin de la soulager au mieux et de la guérir.

C'est une problématique que se pose quotidiennement les médecins, et notamment ceux en médecine générale, dont la prévalence des consultations comportant un motif douloureux représente entre 20 à 40% de leurs actes (20), voir plus (1).

Actuellement, l'attitude des médecins généralistes, qui sont en première ligne par rapport à ces douleurs, consiste à les analyser, à poser un diagnostic, et à comprendre les enjeux qui y sont liés. La réponse à une plainte d'une telle nature est en général définie par une écoute, un conseil, et de manière plus matérialiste, par des thérapeutiques médicamenteuses et/ou une approche plus interventionniste (kinésithérapie, infiltration, chirurgie, etc.).

La fin de l'entretien est souvent rythmé par une réplique banale, mais d'importance : « Et si dans quelques jours, cela ne va pas mieux, revenez me voir. » Au-delà de la matérialité de cette phrase, ce qui s'y joue est multiple. Dans un sens, le médecin se pose comme référent vis-à-vis de cette douleur, l'accueille donc et surtout la valide, ainsi que la souffrance qui y est associée. L'individu n'est donc pas seulement reconnu comme un malade, mais comme un être à part entière. D'un autre côté, il transparait l'incertitude du devenir de la douleur en elle-même, mais que face à cela, nos deux protagonistes vont y travailler et cheminer ensemble en élaborant un projet commun. Les principes d'empathie et de bienveillance, chers à la médecine, y sont clairement respectés.

Dans ce discours, se pose la question du futur et de l'évolution de la douleur : s'améliorera-t-elle ? Ou bien le contraire ? Ce risque existe bel et bien, nous le savons, donc pourquoi ne pas revoir de principe le patient après un certain délai, pour en surveiller l'évolution ?

Par définition, tout traitement antalgique, comme n'importe quelle thérapeutique, devrait être réévalué pour en vérifier l'efficacité et la tolérance. Lors d'une nouvelle entrevue, l'occasion se présente effectivement de réexaminer tout ou partie de la situation : faut-il modifier son approche ? Son hypothèse ? Faut-il adapter la thérapeutique ? Recourir à des analyses supplémentaires ? Rechercher un autre avis ? Autant de questions qui sont nécessaires de se poser, mais qui demandent un travail et un investissement, surtout en termes de temps. Devons-nous revoir systématiquement le patient alors ?

Une réévaluation systématique de chaque patient douloureux n'est malheureusement pas envisageable en l'état actuel des choses, du fait du grand nombre de plaintes douloureuses dans notre société (16,17). Cela est d'autant plus vrai que toutes ne sont pas de la même gravité et ne nécessitent donc pas la même attention. L'évolution naturelle de la pathologie causale est également propre et unique à chacune, rendant ce travail d'autant

plus singulier. Néanmoins, il doit bien exister des récurrences, des schémas qui se répètent : un certain nombre de ces consultations aboutissent déjà à plus d'un entretien.

La répétition de ces consultations nous pose la question suivante : dans le cadre d'une douleur aiguë, existe-t-il des éléments présageant que notre patient va revenir consulter de nouveau pour cette douleur ? Et si c'est le cas, est-ce lié au patient, à sa pathologie ou plutôt à la manière de gérer du médecin ? Son expérience professionnelle ou ses compétences y contribuent-elles ?

A travers ce travail, nous allons donc essayer de rechercher et de trouver des facteurs de risque prédictifs qui laisseraient à penser que, dans le cadre de la médecine générale, dès la première consultation pour une plainte douloureuse aiguë, celle-ci nécessite de multiples consultations.

MATERIEL ET METHODES

I) Description de l'étude

Pour répondre à ces questions, une étude clinique a été élaborée. Celle-ci prend la forme d'une étude de cohorte prospective. Les praticiens étaient invités à adopter une conduite diagnostique et thérapeutique similaire à leur pratique habituelle, afin de ne pas induire de modifications pouvant perturber les résultats.

Pour rechercher les facteurs de risque de consultations multiples/itératives, un questionnaire spécifique en deux parties, à destination des médecins généralistes, a été élaboré (Annexe A). Ces derniers devaient le remplir pour chacun des patients avec une plainte douloureuse aiguë qu'ils voyaient au courant de leurs consultations.

Toute douleur était à répertorier, à l'exclusion des douleurs ayant pour origine les viroses simples (rhinopharyngite, syndrome grippal, angine, etc.). L'ajout de ces dernières auraient demandé un temps considérable de la part des médecins, vu leur forte prévalence en médecine générale (21). Ceux-ci n'étant également que peu contributifs, ils ont été écartés immédiatement. En effet, l'évolution prévisible et attendue de telles pathologies n'est que de courte durée, et pourrait elles aussi faire l'objet d'une étude spécifique sur ce phénomène de pluri-consultations.

Concernant le questionnaire, la première partie reposait sur des informations d'ordre générales concernant le patient, sur sa douleur et sa prise en charge initiale lors de sa première consultation pour un motif douloureux.

La seconde moitié était à compléter 3 mois après cette dernière, afin de réévaluer si le patient avait de nouveau consulté au cours de cette période. Le délai de 3 mois a été fixé ainsi en raison de la définition même de la douleur chronique, qui pour rappel, est une douleur évoluant depuis au moins cet intervalle de temps (1,7). En parallèle, d'autres données étaient relevées pour dessiner un portrait plus global de la prise en charge réalisée.

Au préalable, les médecins devaient également compléter un questionnaire annexe (Annexe B), afin d'évaluer leur niveau d'expérience et s'ils disposaient de compétences spécifiques dans le domaine de la douleur.

II) **Mode de recueil des données : le questionnaire**

Il était proposé à l'investigateur plusieurs manières de remplir lesdits questionnaires : 3 modèles physiques de celui-ci étaient disponibles, différents uniquement par leur esthétique, ainsi qu'un modèle électronique. Les 2 types de supports étaient présentés et fournis aux praticiens et ce, dans l'optique d'en accroître l'adhésion et la participation à l'étude. Une fiche d'aide au remplissage des questionnaires (Annexe C) était également apporté lors du premier entretien, en même temps qu'une démonstration d'utilisation des différents documents.

Le questionnaire peut être décomposé en plusieurs parties :

- Un encart liée au médecin (Annexe B), à ne remplir qu'une fois lors de la signature du consentement de participation à l'étude du praticien.
- Une partie liée au patient, avec une catégorie plutôt sociale et une autre sur son état de santé antérieur ; l'ensemble ayant pour but de définir les caractéristiques de notre population.
- Un second volet concernant la consultation et la plainte douloureuse à proprement parler, à travers la description de cette douleur et la réponse qui y est apportée.
- Enfin, un dernier chapitre était à compléter au bout des 3 mois, où il était possible de constater si le patient avait effectivement consulté à nouveau au courant de cet intervalle de temps. Quelques informations supplémentaires étaient alors recueillies si cela s'avérait être le cas.

III) Items du questionnaire

Le questionnaire étant un support destiné aux médecins généralistes, une sélection des items a été nécessaire. Ceux-ci devaient être à la fois informatifs, tout en permettant une utilisation simple. En effet, pour accroître l'adhésion des praticiens, certains éléments n'ont pu être inclus dans le questionnaire, car jugé trop chronophage ou nécessitant l'utilisation d'échelles ou de scores peu intuitifs. Cela aurait conduit à un nombre important de données manquantes et donc l'item concerné aurait perdu en pertinence.

1) Informations sociodémographiques

L'onglet social du questionnaire patient regroupait des informations d'ordre général, comme l'âge et le sexe. Ces deux informations sont importantes en raison d'une plus forte prévalence de femmes et de personnes âgées dans les problématiques de douleurs (11,18,22,23). Par ailleurs, l'obésité étant fortement corrélée avec la prévalence de la douleur (23), notamment chez les personnes âgées (24), les données nécessaires au calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) était demandé.

L'environnement familial et le niveau socio-professionnel permettaient quant à eux de cerner le profil socio-économique du sujet. Chez les individus où ce niveau socio-économique est peu élevé, les phénomènes de douleur sont d'ordinaire plus fréquemment associés (23), avec une moins bonne gestion de sa santé de manière générale (14).

Par ailleurs, la polypathologie et la polymédication sont des situations quotidiennes, qui peuvent modifier la prise en charge thérapeutique. En effet, le médecin aura tendance à ne pas introduire le traitement antalgique envisagé s'il estime que la balance bénéfices-risques est défavorable, avec toutefois une possibilité non négligeable que son patient ne soit pas soulagé (25). De plus, les douleurs chroniques sont souvent associées à des comorbidités de nature cardio-vasculaire (26,27).

L'état général peut être vu comme le reflet global de la conséquence de l'ensemble des comorbidités et des pathologies chroniques d'un individu. Par conséquent, plus un individu possède de pathologies chroniques, plus son état général risque d'être altéré. Sur le plan pratique, l'estimation de l'état général par le médecin traitant a été préférée par rapport à l'indice de Karnofsky ou le Performans Status de l'OMS par exemple, qui sont des échelles moins utilisées en médecine générale, donc moins connues.

D'autres conditions comme le tabagisme (23,28), l'alcoolisation chronique (29) ou les manifestations dépressives (12,23) sont eux aussi souvent présents dans les pathologies douloureuses, notamment chroniques. De plus, l'existence d'un terrain douloureux chronique de fond, dont les pathologies ostéo-articulaires sont au premier plan (1), et leur traitement associé sont indispensables à connaître, car ils modifient forcément la prise en charge.

2) Caractéristiques de la plainte douloureuse

Le volet suivant regroupait les informations sur la plainte douloureuse en elle-même, notamment si elle est directement à l'origine de la consultation. Savoir si la douleur est localisée à un endroit du corps ou s'il existe plusieurs sites est important, car les douleurs de localisation multiples sont plus fréquemment associées à des arrêts de travail, voire de sortie de l'emploi, surtout si elles sont récurrentes (15).

La localisation de la douleur est elle-aussi une donnée importante en soi, car elle peut influencer plusieurs variables. Prenons l'exemple d'un patient présentant une douleur thoracique. Dans ce cas, il va certainement venir consulter plus rapidement qu'il ne l'aurait fait d'habitude. De plus, il nécessitera sans doute une intervention psychologique pour soulager l'anxiété que celle-ci a générée. Il en est de même pour l'origine supposée de la douleur. Ces deux items peuvent conditionner également directement la prise en charge. Si l'on reprend l'exemple précédent, une douleur aiguë thoracique d'origine supposée cardiaque nécessitera sans doute une hospitalisation pour de plus amples analyses.

D'autre part, il est reconnu que la présence d'une pathologie douloureuse chronique majore la consommation médicale et le nombre de consultations en médecine générale (26). Or, que se passe-t-il si l'on rajoute une douleur aiguë à ce tableau : comment va réagir le patient ? A-t-il développé une sorte de phénomène d'habituation, si tant est qu'il ne va pas

juger utile de consulter rapidement ? Ou au contraire, ressentir une douleur inconnue va l'inquiéter ?

En outre, le délai de consultation et l'automédication antérieure permettent d'apprécier plusieurs éléments : la sévérité de la douleur, son retentissement sur le patient et de son investissement psychique de cette douleur (30). En effet, il est possible de supposer qu'un patient qui a une forte douleur va avoir tendance à consulter plus rapidement ou qu'il cherchera à se soulager bien plus vite.

Les troubles du sommeil sont fréquemment associés aux douleurs, notamment chroniques, avec lesquelles elles forment un cercle vicieux : la douleur causant des troubles du sommeil, lesquelles potentialisent le ressenti douloureux (31,32).

D'autre part, une question importante à déterminer est la durée de la première consultation, laquelle est à comparer avec la durée moyenne de consultation du généraliste. Intuitivement, prendre son temps lors d'une consultation, c'est mieux faire son travail, car cela permet d'améliorer la relation avec son patient et parfois d'accéder à des informations que nous n'avions pas recherchées ou pas pensées. Est-ce que prendre son temps dans ce genre de pathologie en vue d'explorer de manière plus approfondie la douleur permettrait de mieux la cerner et du coup d'améliorer sa prise en charge ?

3) Prise en charge de la douleur

Concernant l'onglet suivant, les informations recueillis visaient à apprécier la prise en charge en elle-même, diagnostique et thérapeutique, médicamenteuse et non-médicamenteuse.

Par ailleurs, il existe des liens étroits entre la détresse psychologique et la douleur, que ce soit de l'anxiété, de la dépression ou une souffrance de manière plus générale (10). La nécessité d'une intervention psychologique permet d'approcher cette détresse, sans rentrer toutefois plus dans le détail.

Dans un dernier temps, il est aussi intéressant de savoir s'il est prévu ou non, dès la première consultation, que notre patient soit revu et si oui, sous quelles conditions.

L'état final à trois mois nous permet de vérifier si le patient a de nouveau consulté au cours de cet intervalle de temps. Il est distingué l'évolution initiale de l'évolution dite finale, à savoir celle au bout des trois mois, pour mieux apprécier l'évolutivité de la douleur.

La nécessité d'une hospitalisation va ainsi être un marqueur de gravité de la pathologie, mais aussi une donnée en soi. Prenons le cas d'une appendicite, celle-ci peut être résolue simplement après une intervention chirurgicale et pourra ne pas nécessiter d'autres consultations en médecine générale. A l'inverse, une fracture du col du fémur chez une personne âgée aura besoin sans doute de plusieurs consultations pour gérer ses conséquences (kinésithérapie, ajout de matériel ou d'aides humaines, etc.).

Par ailleurs, différentes questions sont posées de manière globale sur l'observance. Cette dernière peut ne pas être optimale, d'où un biais entre l'attente du médecin et celle de son patient, nécessitant du coup par la même occasion une réévaluation de la prise en charge effectuée (26).

Dans un dernier temps, le nombre total de jours d'arrêt de travail peut aussi être visualisé comme un marqueur du retentissement socio-professionnel, qui est souvent impacté par les phénomènes douloureux (15,26).

4) Volet médecin

Concernant le questionnaire médecin, les différents items cherchent à apprécier de manière plus ou moins directe l'expérience globale du médecin, l'état de ses connaissances et l'estimation de sa charge de travail journalière. Le secteur quant à lui est à bien identifier, car une localisation plutôt urbaine est davantage associée à un nombre plus élevé de consultations chez les patients douloureux chroniques (13) et donc potentiellement dans notre échantillon.

IV) Critères d'inclusion et d'exclusions

Concernant les investigateurs, les critères d'inclusion étaient de travailler de manière régulière dans un cabinet de médecine générale basé sur la zone couverte par l'étude. De même, une signature au consentement de celle-ci était nécessaire.

1) Critères d'inclusion

Dans l'ensemble, les critères d'inclusion se sont vus larges, dans la perspective d'inclure le plus possible de patients. Pouvait être inclus tout patient âgé de 18 à 75 ans, présentant un épisode douloureux aigu, dont le délai de prise en charge par rapport à sa première douleur était inférieur à un mois. En d'autres termes, la douleur devait être apparue au courant des 30 derniers jours. De plus, ce patient devait être vu par son généraliste habituel à l'occasion d'une consultation de médecine générale.

Des critères d'âge ont ainsi été fixés, en raison du fait que ces populations particulières, à savoir la pédiatrie et la gériatrie, mériteraient à elle seule une recherche similaire.

2) Critères d'exclusion

Demeuraient exclus de l'étude, les personnes sollicitées dont les capacités cognitives et/ou critiques étaient perturbées, pouvant fausser le recueil des données. Ainsi, les individus qui présentaient un trouble cognitif, un syndrome confusionnel, un handicap mental ou toute autre pathologie pouvant altérer le jugement et/ou un recueil fiable des données ; ou ceux sous protection de justice (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice par exemple), n'étaient pas incluables dans l'étude. Ces mesures se justifient par le fait d'obtenir des données valables et exploitables. Ceci permettant d'éviter d'inclure de fausses constatations dans la grille des résultats.

Par ailleurs, étaient exclus les femmes enceintes, et ce pour plusieurs raisons. Nous parlions précédemment de populations particulières dans lesquelles celles-ci s'inscrivent, nécessitant une prise en charge spécifique. Dans ce but de ne pas modifier la prise en charge habituelle dont elles font preuves, les femmes enceintes ont donc été écartées. A ceci pouvaient s'ajouter des douleurs issues de cet état de grossesse, qui ne peuvent être considérés comme pathologiques, mais qui auraient été une source de biais potentiel.

En dernier lieu, étaient proscrits les patients dont le suivi habituel était pratiqué par un autre médecin généraliste référent, qui n'exerçait pas dans le même cabinet que

l'investigateur. Cela a pour but d'éviter d'inclure des patients que nous pourrions considérer comme n'ayant pas consulté à plusieurs reprises, alors qu'ils ont pu le faire, mais dans un autre cabinet.

V) **Période d'inclusion**

La période d'inclusion initiale a été fixée à une durée de 15 jours. Des relances régulières, hebdomadaires ou bimensuelles, par voie électronique ou informatique étaient organisées afin de suivre l'avancée des différentes étapes de l'étude et du recueil des données. Celles-ci permettaient également de répondre aux différentes questions que se posaient les investigateurs. Devant le faible nombre de questionnaires, la période d'inclusion a donc été prolongée au fur et à mesure jusqu'à 3 mois au total.

VI) **Information des investigateurs et des patients - anonymisation des données**

Les investigateurs recrutés recevaient à leur accord de participation une notice explicative résumant les objectifs de l'étude et ses modalités pratiques de réalisation (Annexe C). Un numéro d'identification praticien leur était transmis également afin d'anonymiser par la suite leurs questionnaires. Ils devaient par la même occasion signer un consentement de participation à l'étude (Annexe D).

Concernant les patients, ceux-ci étaient informés par leur investigateur de la possibilité de participation à l'étude et devaient alors également signer un consentement écrit

eux aussi (Annexe E). Là encore, une fiche leur résumant les objectifs de l'étude et de ses modalités leur était apportée dans le même temps. Un numéro d'identification patient leur était alors attribué, selon un modèle fourni au préalable à l'investigateur.

Une feuille annexe était également distribuée au praticien lors de la remise du dossier pour qu'il puisse lui-même faire le lien entre le nom de son patient, son numéro d'anonymat, ainsi que la date de première consultation et donc la date de réévaluation prévue.

VII) Evaluation et analyse

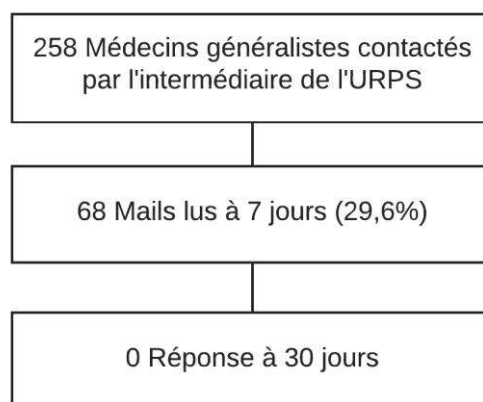
A travers cette étude, notre but était de déceler des facteurs de risques de consultations multiples, lesquels seraient présents dès la première consultation pour une douleur aiguë en médecine générale. Toute raison de nouvelle consultation au courant des trois mois était à inclure, peu importe le motif. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un patient donné ne consulte par la suite pas uniquement pour la douleur en elle-même, notamment si cette dernière a disparu, mais aussi pour les conséquences qui lui sont liées. Un exemple simple de ceci peut être une lombalgie récidivante, dont la douleur va s'atténuer rapidement, mais dont l'incapacité fonctionnelle qu'elle génère peut nécessiter la prolongation d'un arrêt de travail ou la mise en place de thérapeutiques supplémentaires.

VIII) Organigramme des réponses

Une première demande de participation au questionnaire a été envoyée par le biais de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) sous forme d'une présentation de l'étude, de ses objectifs et de ses besoins (Annexe F). Au total, 258 médecins dont le cabinet réside au sein du territoire de santé n°4 (territoire de Strasbourg – Schirmeck) ont été contactés par cette méthode.

Sept jours après diffusion du message, parmi eux, 68 médecins avaient ouvert le mail de présentation, soit 29.6% des personnes sollicitées, correspondant au taux d'ouverture moyen des mails de l'URPS. Aucune réponse positive de participation n'a été enregistrée à ce jour. Ces éléments ont été consignés dans la figure 1 ci-dessous. Devant cette absence de réponse, le processus de recrutement a été revu pour donner naissance à une seconde méthode.

1) FIGURE 1 : Organigramme de recrutement : première méthode



Lors de la mise en place de celle-ci, la zone d'étude a été réduite au secteur de Lingolsheim et d'Ostwald. 16 praticiens ont été référencés sur Lingolsheim et 18 sur Ostwald, soit un total de 34 professionnels. Chaque praticien a été contacté téléphoniquement pour convier d'un rendez-vous physique en vue de présenter l'étude. Si un entretien en tête à tête n'était pas possible, la présentation de l'étude avait lieu de manière téléphonique, suivi ou non d'un mail de présentation complémentaire (Annexe F) si le praticien en éprouvait le besoin. Enfin, si malgré plusieurs appels, le praticien n'était toujours pas disponible, un message leur était déposé, leur indiquant de me rappeler.

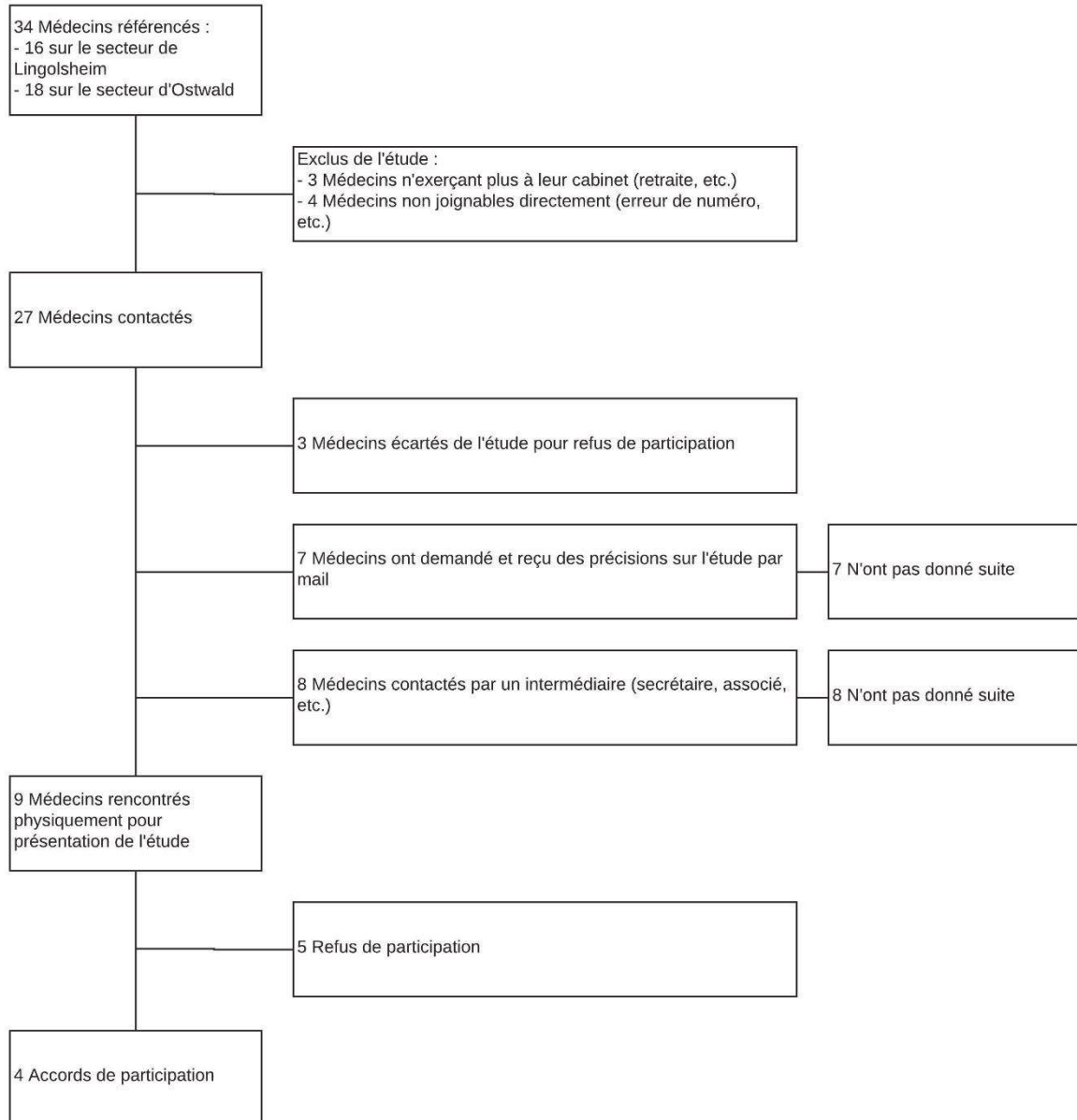
Plusieurs essais de contact pour chaque praticien ont été réalisés, de 3 à 5 tentatives chacun, et ce à plusieurs dates et différentes heures, lesquelles s'inscrivaient dans leurs périodes et horaires d'ouverture. Ces échanges ont été menés sur la période de février à mars 2019.

Sur les 34 médecins référencés :

- 9 ont été directement rencontrés à leur cabinet afin de présenter l'étude de vive voix.
- 3 ont été écartés en raison du fait qu'ils n'exerçaient plus leur activité dans le cabinet indiqué (départ en retraite).
- 4 autres n'ont pu être contactés téléphoniquement en raison soit d'un mauvais numéro, soit d'une ligne d'appel n'aboutissant pas.
- 3 ont refusé directement l'étude après présentation orale téléphonique du projet.
- 7 ont demandé des précisions sur l'étude par mail, mais n'ont pas souhaité participer par la suite.
- 8 ont eu un message écrit ou oral qui devaient leur être remis par l'intermédiaire d'un de leur collègue, mais n'ont pas donné suite.

Lors des entretiens au cabinet, l'étude et le questionnaire, sous ses formats physique et informatique, ainsi que le projet global ont pu être abordés et expliqués. Dans le même temps, une démonstration d'utilisation du questionnaire était réalisée pour en démontrer la facilité d'utilisation et le temps nécessaire à son remplissage. Sur les 9 médecins rencontrés, 4 ont signé le consentement de participation à l'étude. Les 5 autres praticiens ont refusé de participer en raison principalement de contraintes de temps lié à leur activité.

L'ensemble de ces éléments est retranscrit sur la figure 2 ci-dessous.

2) FIGURE 2 : Organigramme de recrutement : seconde méthode

Parmi les 4 investigateurs, 2 praticiens n'ont à l'issue de la période d'inclusion pas rempli de questionnaires. Il est important de signaler que ceux-ci ne les ont pas remplis en raison d'une non-adhésion complète à l'étude et non par manque de sujet pouvant être inclus dans l'étude. Les 2 praticiens ayant complété des questionnaires, en ont fourni respectivement 7 et 10, soit un total de 17.

IX) Réévaluation des critères d'inclusion

Toutefois, à la réception finale des résultats et après réévaluation des caractéristiques des patients, les critères d'inclusion ont été revus, afin d'inclure le plus de réponses. Le principal critère d'âge a donc été supprimé. Ainsi, avec les anciens critères, 11 questionnaires seulement remplissaient ces conditions, contre 17 actuellement, soit un peu plus de 50% (54.5%) d'augmentation du nombre d'entrées de la base de données.

X) Ethique

Cette étude a reçu un avis favorable du comité d'Éthique de la faculté de médecine de Strasbourg.

Par ailleurs, une déclaration auprès de la CNIL a été également réalisée pour la collection et l'usage des données.

XI) Analyses statistiques utilisées

Le données ont été analysées grâce aux logiciels pvalue.io et GMRC Shiny Stats. Des tests de Fischer et de Wilcoxon-Mann-Whitney ont été utilisés en raison du faible effectif.

RESULTATS

I) Caractéristiques de l'échantillon

17 questionnaires ont donc pu être complétés par le biais de ce travail. Les caractéristiques de l'échantillon ont été rassemblées et transcrites dans les tableaux n° 1 à 3.

Dans les éléments notables à retenir concernant le volet social (tableau n° 1), il faut observer une prédominance de sujets de sexe féminin, composant les deux tiers environ de l'échantillon (70.6%), ainsi que des retraités qui regroupent quant à eux quasiment la moitié des individus (47.1%). Cette tendance a déjà été observée dans la littérature médicale (33).

Concernant la partie liée à l'état antérieur (tableau n° 2), il existe une prédominance de patients avec un bon état général (88.2%). Cependant, environ la moitié de ceux-ci souffraient d'une pathologie chronique, avec un terrain cardio-vasculaire (41.2%) ou endocrinologique (29.4%), voire les deux associés (17.6%). Il en résulte là encore qu'environ la moitié des sujets nécessitent l'usage chronique de médicaments pour ces pathologies (53%). Par ailleurs, une pathologie ostéo-articulaire préexistante est aussi présente dans presque la moitié des cas (47.1%), ainsi qu'une douleur chronique chez près d'un quart des patients (23.5%). Ceci explique le fait que la grande majorité des patients suivis ne disposait pas d'un traitement de fond antalgique habituellement (70.6%).

La majeure partie de notre échantillon n'a pas non plus de problèmes liés à l'exogénose alcoolique ou à la drogue, respectivement 70.6% et 76.5%. La question est moins tranchée avec la consommation tabagique, avec toutefois plus de non-fumeur au long cours (52.9%), à ajouter aux 17.6% de patients sevrés. Il n'y a pas non plus de terrain dépressif actuellement installé, soit car il s'agit d'une atteinte plus ancienne (41.2%), soit car il n'y en a jamais eu (58.8%).

1) TABLEAU N° 1 : Caractéristiques de l'échantillon patient : volet social

	Nombre N (%)	Moyenne [limite inférieure - limite supérieure]
SOCIAL :		
Age (années)		55,5 [17 - 94]
Sexe		
Féminin	12 (70,6%)	
Masculin	5 (29,4%)	
Taille (cm)		168,3 [152 - 185]
Poids (Kg)		71,2 [48,0 - 106]
IMC		25,1 [18,6 - 36,7]
Situation familiale		
Célibataire	3 (17,6%)	
En couple	3 (17,6%)	
Marié/Pacsé	7 (41,2%)	
Divorcé	1 (5,9%)	
Veuf	3 (17,6%)	
Nombre d'enfants		1,6 [0 - 3]
Mode de vie		
Seul	5 (29,4%)	
Avec des enfants uniquement	2 (11,8%)	
Avec des adultes uniquement	6 (35,3%)	
Avec des enfants et des adultes	2 (11,8%)	
Non connu	2 (11,8%)	
Type de travail		
Manuel	5 (29,4%)	
Intellectuel	1 (5,9%)	
Mixte	3 (17,6%)	
Etudiant	0 (0%)	
Retraité	8 (47,1%)	
Sans activité	0 (0%)	
Niveau d'études (ou équivalent)		
Brevet	6 (35,3%)	
Baccalauréat	5 (29,4%)	
Licence	4 (23,5%)	
Master	0 (0%)	
Doctorat	0 (0%)	
Sans diplôme	0 (0%)	
Non connu	2 (11,8%)	

2) TABLEAU N° 2 : Caractéristiques de l'échantillon patient : volet état antérieur

	Nombre N (%)	Moyenne [limite inférieure - limite supérieure]
ETAT ANTERIEUR :		
Etat général		
Bon	15 (88,2%)	
Moyen	1 (5,9%)	
Mauvais	0 (0%)	
Non connu	1 (5,9%)	
Nombre de médicaments chroniques		
Aucun	8 (47,1%)	
1 à 3	7 (41,2%)	
4 à 6	0 (0%)	
7 à 9	2 (11,8%)	
10 ou plus	0 (0%)	
Pathologie chronique (plusieurs réponses possibles)		
Aucune	8 (47,1%)	
Cardio-vasculaire	7 (41,2%)*	
Pneumologique	0 (0%)	
Endocrinologique	5 (29,4%)**	
Neurologique	0 (0%)	
Oncologique	0 (0%)	
Nombre de pathologies chroniques		1,06 [0 - 4]
Exogénose		
Non, jamais	12 (70,6%)	
Oui, actuellement	2 (11,8%)	
Oui, mais sevré	1 (5,9%)	
Non connu	2 (11,8%)	
Tabagisme		
Non, jamais	9 (52,9%)	
Oui, actuellement	5 (29,4%)	
Oui, mais sevré	3 (17,6%)	
Drogue		
Non, jamais	13 (76,5%)	
Oui, actuellement	0 (0%)	
Oui, mais sevré	0 (0%)	
Non connu	4 (23,5%)	
Dépression		
Non, jamais	10 (58,8%)	
Oui, anciennement	7 (41,2%)	
Oui, actuellement	0 (0%)	
Oui, anciennement et actuellement	0 (0%)	
Pathologie ostéo-articulaire préexistante		
Oui	8 (47,1%)	
Non	8 (47,1%)	
Non connu	1 (5,9%)	
Autre douleur chronique préexistante		
Oui	4 (23,5%)	
Non	13 (76,5%)	
Traitement antalgique préexistant		
Aucun	12 (70,6%)	
Paracétamol	4 (23,5%)	
AINS	1 (5,9%)	
Fréquence du suivi habituel		
Aucun	3 (17,6%)	
1x/mois	5 (29,4%)	
1x/2 à 4 mois	6 (35,3%)	
1x/6 mois	1 (5,9%)	
1x/an ou moins	2 (11,8%)	
* : dont 3 associés à une pathologie chronique endocrinologique (17,6%)		
** : dont 3 associés à une pathologie chronique cardio-vasculaire (17,6%)		

Concernant les investigateurs participants (tableau n° 3), il est intéressant de noter que leurs deux profils sont relativement éloignés, avec un médecin jeune et une autre plus expérimentée, sans toutefois d'autres différences majeures.

3) TABLEAU N° 3 : Caractéristiques de l'échantillon des médecins

	Nombre N (%)	Moyenne [limite inférieure - limite supérieure]
Age (années)		47 [31 ; 63]
Sexe		
Féminin	2 (100%)	
Masculin	0 (0%)	
Années d'expérience professionnelle		17 [4 ; 30]
Compétences en douleur		
Aucune	2 (100%)	
DESC	0 (0%)	
DU ou DIU	0 (0%)	
Autre	0 (0%)	
Patientèle estimée (nombre de patients)		
< 500		
500 - 800	2 (100%)	
800 - 1200		
1200 - 1500		
> 1500		
Nombre de consultations par jour		20 [20 ; 20]
Durée moyenne de consultation (minutes)		15 [15 ; 15]
Secteur		
Urbain	2 (100%)	
Semi-urbain	0 (0%)	
Rural	0 (0%)	

II) Résultats

Les résultats ont été compilés dans les tableaux n° 4 à 8.

		Nombre N de patient(s)		Moyennes	p-value	Risque relatif	p-value
		A	N'a pas	(A reconsulté /		[IC 95%]	
		reconsulté	reconsulté	N'a pas reconsulté)			
		(N=11)	(N=6)				
SOCIAL :							
Age (années)				65,2 (±19,8) / 37,8 (±17,3)	<i>p=0,021</i>		
Sexe							
	Féminin	8	4		<i>p=1</i>	1,111 [0,489 ; 2,522]	<i>p=0,80</i>
	Masculin	3	2				
Taille (cm)				170 (±9,28) / 165 (±8,44)	<i>p=0,29</i>		
Poids (Kg)				73,2 (±18,0) / 67,7 (±9,27)	<i>p=0,72</i>		
IMC				25,2 (±5,50) / 24,8 (±2,45)	<i>p=0,66</i>		
Situation familiale							
	Célibataire	2	1				
	En couple	1	2		<i>p=0,43</i>		
	Marié/Pacsé	5	2				
	Divorcé	0	1				
	Veuf	3	0				
Nombre d'enfants				2,00 (±0,926) / 1,00 (±0,894)	<i>p=0,061</i>		
Mode de vie (plusieurs réponses possibles)							
	Oui	1	3				
	Avec des enfants Non	10	1		<i>p=0,033</i>	0,275 [0,050 ; 1,517]	<i>p=0,14</i>
	Non connu	0	2				
	Oui	6	2				
	Avec des adultes Non	5	2		<i>p=1</i>	1,050 [0,567 ; 1,944]	<i>p=0,88</i>
	Non connu	0	2				
Type de travail							
	Manuel	2	3				
	Intellectuel	1	0		<i>p=0,19</i>		
	Mixte	1	2				
	Etudiant	0	0				
	Retraité	7	1				
	Sans activité	0	0				
Niveau d'études (ou équivalent)							
	Brevet	4	2				
	Baccalauréat	2	3				
	Licence	4	0		<i>p=0,25</i>		
	Master	0	0				
	Doctorat	0	0				
	Sans diplôme	0	0				
	Non connu	1	1				

1) TABLEAU N° 4 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale : volet social

2) TABLEAU N° 5 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aigüe en médecine générale : volet état antérieur

		Nombre N de patient(s)		Moyennes	p-value	Risque relatif	p-value
		A	N'a pas	(A reconsulté /		[IC 95%]	
		reconsulté	reconsulté	N'a pas			
		(N=11)	(N=6)	reconsulté)			
ETAT ANTERIEUR :							
Etat général							
	Bon	9	6				
	Moyen	1	0		<i>p=1</i>	0,600 [0,397 ; 0,907]	<i>p=0,015</i>
	Mauvais	0	0				
	Non connu	1	0				
Nombre de médicaments chroniques							
	Aucun	3	5				
	1 à 3	6	1		<i>p=0,12</i>		
	4 à 6	0	0				
	7 à 9	2	0				
	10 ou plus	0	0				
Pathologie chronique (plusieurs réponses possibles)							
	Aucune	2	5		<i>p=0,035</i>	0,318 [0,097 ; 1,043]	<i>p=0,059</i>
	Non	9	1				
	Cardio-vasculaire	6	1		<i>p=0,3</i>	1,714 [0,860 ; 3,417]	<i>p=0,13</i>
	Non	5	5				
	Pneumologique	0	0		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
	Non	0	0				
	Endocrinologique	6	0		<i>p=0,043</i>	2,200 [1,152 ; 4,203]	<i>p=0,017</i>
	Non	5	6				
	Neurologique	0	0		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
	Non	0	0				
	Oncologique	0	0		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
	Non	0	0				
Nombre de pathologies chroniques				1,64(±1,36) / 0(±0)	<i>p=0,018</i>		
Exogénose							
	Non, jamais	9	3				
	Oui, actuellement	0	2		<i>p=0,095</i>		
	Oui, mais sevré	1	0				
	Non connu	1	1				
Tabagisme							
	Non, jamais	6	3				
	Oui, actuellement	3	2		<i>p=1</i>		
	Oui, mais sevré	2	1				
Drogue							
	Non, jamais	8	5				
	Oui, actuellement	0	0		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
	Oui, mais sevré	0	0				
	Non connu	3	1				
Dépression							
	Non, jamais	6	4				
	Oui, anciennement	5	2		<i>p=1</i>	0,840 [0,422 ; 1,674]	<i>p=0,62</i>
	Oui, actuellement	0	0				
	Oui, anciennement et actuellement	0	0				
Pathologie ostéo-articulaire préexistante							
	Oui	7	1		<i>p=0,12</i>	2,333 [0,919 ; 5,927]	<i>p=0,075</i>
	Non	3	5				
	Non connu	1	0				
Autre douleur chronique préexistante							
	Oui	3	1		<i>p=1</i>	1,219 [0,599 ; 2,480]	<i>p=0,59</i>
	Non	8	5				
Traitement antalgique préexistant (plusieurs réponses possibles)							
	Aucun	8	4		<i>p=1</i>	1,111 [0,489 ; 2,523]	<i>p=0,80</i>
	Non	3	2				
	Paracétamol	3	1		<i>p=1</i>	1,219 [0,599 ; 2,480]	<i>p=0,59</i>
	Non	8	5				
	AINS	0	1		<i>p=0,35</i>	<i>Non calculable</i>	
	Non	11	5				
Fréquence du suivi habituel							
	Aucun	0	3				
	1x/mois	5	0		<i>p=0,015</i>		
	1x/2 à 4 mois	4	2				
	1x/6 mois	0	1				
	1x/an ou moins	2	0				

3) TABLEAU N° 6 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aigüe en médecine générale : volet première consultation

	Nombre N de patient(s)		Moyennes (A reconsulté / N'a pas reconsulté)	p-value	Risque relatif [IC 95%]	p-value
	A reconsulté (N=11)	N'a pas reconsulté (N=6)				
PREMIERE CONSULTATION :						
Nature de la consultation						
Plainte principale	9	6		<i>p=0,51</i>	0,600 [0,397 ; 0,907]	<i>p=0,015</i>
Plainte secondaire	0	0				
Renouvellement ou suivi habituel	2	0				
Localisations multiples						
Oui	1	0		<i>p=1</i>	1,600 [1,095 ; 2,339]	<i>p=0,015</i>
Non	10	6				
Zone douloureuse						
Thorax	1	0		<i>p=0,96</i>		
Abdomen ou pelvis	1	2				
Dos	1	1				
Membre supérieur	2	1				
Membre inférieur	4	1				
Tête et cou	2	1				
Classification de la douleur						
Cardio-respiratoire ou vasculaire	0	0		<i>p=0,42</i>		
Digestive	1	0				
Uro-gynécologique	0	1				
Neurologique	0	0				
Loco-rhumato ou neurologique	8	5				
ORL ou ophtalmologique	2	0				
Autre	0	0				
Décompensation ou nouvel accès d'une pathologie préexistante						
Oui	4	1		<i>p=0,59</i>	1,467 [0,732 ; 2,939]	<i>p=0,28</i>
Non	6	5				
Non connu	1	0				
Type de douleur (plusieurs réponses possibles)						
Mécanique	Oui	7	4	<i>p=1</i>	0,955 [0,464 ; 1,863]	<i>p=0,90</i>
	Non	4	2			
Neuropathique	Oui	1	1	<i>p=1</i>	0,750 [0,179 ; 3,138]	<i>p=0,69</i>
	Non	10	5			
Inflammatoire	Oui	6	1	<i>p=0,3</i>	1,714 [0,860 ; 3,417]	<i>p=0,13</i>
	Non	5	5			
Echelle numérique			5,09 (±1,70) / 5,17 (±2,56)	<i>p=0,92</i>		
Délai de consultation (jours)			9,27 (±8,98) / 3,83 (±2,48)	<i>p=0,15</i>		
Automédication antérieure						
Oui, adaptée	3	2		<i>p=1</i>	1,200 [0,410 ; 3,511]	<i>p=0,74</i>
Oui, mais inadaptée	0	0				
Non	3	3				
Non connu	5	1				
Troubles du sommeil						
Préexistants, non traités	0	0		<i>p=1</i>		
Préexistants, en traitement	2	0				
Induits par la douleur	1	0				
Non	2	1				
Non connu	6	5				
Durée de la première consultation (minutes)			16,9 (±2,4) / 16,3 (±2,2)	<i>p=1</i>		

4) TABLEAU N° 7 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aigüe en médecine générale : volet réponse thérapeutique

		Nombre N de patient(s)		p-value	Risque relatif [IC 95%]	p-value
		A reconsulté (N=11)	N'a pas reconsulté (N=6)			
REPONSE THERAPEUTIQUE :						
Traitement antalgique instauré (plusieurs réponses possibles)						
Paracetamol	Oui	8	4	<i>p=1</i>	1,111 [0,489 ; 2,523]	<i>p=0,80</i>
	Non	3	2			
AINS	Oui	3	3	<i>p=0,6</i>	0,688 [0,286 ; 1,655]	<i>p=0,40</i>
	Non	8	3			
Tramadol	Oui	0	2	<i>p=0,11</i>	0,232 [0,018 ; 2,966]	<i>p=0,26</i>
	Non	11	4			
Codeine	Oui	1	0	<i>p=1</i>	1,600 [1,095 ; 2,339]	<i>p=0,015</i>
	Non	10	6			
Autre	Oui	1	1	<i>p=1</i>	0,750 [0,179 ; 3,138]	<i>p=0,69</i>
	Non	10	5			
Thérapies non médicamenteuses (plusieurs réponses possibles)						
Repos	Oui	3	0	<i>p=0,51</i>	1,750 [1,112 ; 2,755]	<i>p=0,015</i>
	Non	8	6			
Règles hygiéno-dietétiques	Oui	1	0	<i>p=1</i>	1,600 [1,095 ; 2,339]	<i>p=0,015</i>
	Non	10	6			
Kinésithérapie	Oui	6	2	<i>p=0,62</i>	1,350 [0,665 ; 2,741]	<i>p=0,83</i>
	Non	5	4			
Recours à du matériel						
Aucun		10	6	<i>p=1</i>	0,625 [0,428 ; 0,914]	<i>p=0,015</i>
Lit médicalisé		1	0			
Examens complémentaires demandés (plusieurs réponses possibles)						
Biologie	Oui	2	1	<i>p=1</i>	1,037 [0,426 ; 2,526]	<i>p=0,94</i>
	Non	9	5			
Imagerie	Oui	5	5	<i>p=0,3</i>	0,583 [0,293 ; 1,163]	<i>p=0,13</i>
	Non	6	1			
Recours à un spécialiste						
Aucun		10	5	<i>p=0,6</i>		
Chirurgien		1	0			
Autre somaticien (dont urgentiste)		0	1			
Psychiatre		0	0			
Nécessité d'un arrêt de travail						
Oui		2	3	<i>p=0,2</i>		
Non		2	2			
Non, car retraité		7	1			
Intervention psychologique pendant la consultation						
Oui		8	1	<i>p=0,0498</i>	2,370 [0,941 ; 5,972]	<i>0,067</i>
Non		3	5			
Réévaluation prévue						
Aucun		0	0	<i>p=0,55</i>		
RDV fixé le jour même		2	0			
Doit se représenter après quelques temps		1	2			
Doit se représenter après réalisation des examens et/ou avis spécialisé		1	1			
Doit revenir si non amélioration ou dégradation		7	3			

5) TABLEAU N° 8 : Facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur
algûe en médecine générale : volet médecin

	Nombre N de patient(s)		Moyennes (A reconsulté / N'a pas reconsulté)	p-value	Risque relatif [IC 95%]	p-value
	A reconsulté (N=11)	N'a pas reconsulté (N=6)				
VOLET MEDECIN :						
Age (années)			45,54 (±15,9) / 57,7 (±11,9)	<i>p=0,3</i>		
Sexe						
Féminin	11	6		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
Masculin	0	0				
Années d'expérience professionnelle			15,8 (±12,9) / 25,7 (±9,7)	<i>p=0,3</i>		
Compétences particulières en douleur						
Aucun	11	6				
DESC	0	0		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
DU/DIU	0	0				
Autre	0	0				
Patientèle estimée						
<500	0	0				
500-800	11	6				
800-1200	0	0		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
1200-1500	0	0				
>1500	0	0				
Nombre de consultations par jour en moyenne			20 (±0) / 20 (±0)	<i>p=1</i>		
Durée moyenne de consultation (minutes)			15 (±0) / 15 (±0)	<i>p=1</i>		
Secteur						
Urbain	11	6		<i>p=1</i>	<i>Non calculable</i>	
Semi-urbain	0	0				
Rural	0	0				

III) Facteurs de risque de pluri-consultations

1) Résultats statistiquement significatifs

Dans cette étude, malgré la faible puissance de celle-ci, il en ressort plusieurs éléments significatifs, comme l'âge ($p=0.021$) ou le nombre de pathologies chroniques ($p=0.018$). Cette deuxième affirmation est toutefois à prendre avec précaution, car il s'agit possiblement d'un facteur de confusion lié à l'âge.

Un autre critère à s'interroger est le nombre de médicaments chroniques, dont l'augmentation semble être corrélé avec le fait de consulter itérativement ($p=0.12$). De même, le fait de ne pas avoir de pathologies chroniques serait plutôt un facteur de consultation unique ($p=0.035$), avec un risque relatif associé de 0.318 [0.097 ; 1.043], ($p=0.059$). A l'inverse, souffrir d'une pathologie de nature endocrinienne rendrait la personne plus encline à consulter plusieurs fois ($p=0.043$, RR = 2.200 [1.152 ; 4.203], $p=0.017$).

De plus, les individus ayant nécessité une intervention psychologique pendant la consultation ont plus souvent consulté à de multiples occasions ($p=0.0498$, RR = 2.370 [0.941 ; 5.972], $p=0.067$).

La fréquence de suivi est elle-aussi statistiquement significative ($p=0.015$), ce qui fait sens en soi, car les patients ayant un suivi plus rapproché nécessitent forcément de consulter plusieurs fois dans cette période.

2) Résultats potentiellement significatifs

Cependant, comme dit précédemment, le manque de puissance de l'étude ne permet pas d'établir d'autres associations, même s'il est possible de distinguer quelques résultats proches d'être significatifs.

Dans un premier temps, le délai entre l'apparition de la douleur et la première consultation semble être intéressant à explorer, avec une moyenne de 9,27 ($\pm 8,98$) jours contre 3,83 ($\pm 2,48$) pour ceux qui ne consultent qu'une fois ($p=0.15$).

Tandis que le fait de vivre avec des enfants se montre statistiquement significatif ($p=0.033$), le nombre d'enfants semble lui aussi jouer un rôle, avec une moyenne à 2,00 ($\pm 0,926$) contre 1,00 ($\pm 0,894$), ($p=0.061$).

Un autre élément à questionner est l'existence d'une pathologie ostéo-articulaire ($p=0.12$, RR = 2.333 [0.919 ; 5.927], $p=0.075$), qui pourrait se révéler être significative avec une plus forte puissance. En parallèle toutefois, il n'y a pas de corrélation avec une décompensation d'une pathologie préexistante ou le déclenchement d'un épisode aigu de la pathologie sous-jacente ($p=0.59$, RR = 1.467 [0.732 ; 2.939], $p=0.28$). En d'autres termes, les analyses sous-entendent que le profil des patients consultant itérativement disposent d'un terrain propice aux pathologies ostéo-articulaires, sans que celles-ci ne jouent un rôle direct sur la douleur pour laquelle ils consultent. Il s'agit du coup vraisemblablement d'un biais en lien avec l'âge, sans doute décelable avec des analyses multivariées à plus fort effectif.

3) Résultats non significatifs

A l'inverse, plusieurs éléments n'ont pas démontré de significativité statistique. Dans cette catégorie, nous retrouvons notamment, sans toutefois être exhaustif, le sexe du patient ($p=1$, RR = 1.111 [0.489 ; 2.522], $p=0.80$) ; l'état général ($p=1$), même si son risque relatif est significatif lui (RR = 1.600 [1.095 ; 2.339], $p=0.015$) ou encore le tabagisme ($p=1$). Etre souffrant d'une autre douleur chronique n'est là encore pas un facteur de risque en soi ($p=1$, RR = 1.219 [0.599 ; 2.480], $p=0.59$) ; de même que le type de douleur : $p=1$ pour les

douleurs mécaniques et neuropathiques, avec respectivement un risque relatif à 0.955 [0.464 ; 1.863], $p=0.90$ et 0.750 [0.179 ; 3.138], $p=0.69$; et $p=0.3$ pour les douleurs inflammatoires (RR = 1.714 [0.860 ; 3.417], $p=0.13$). L'échelle numérique (EN) est aussi un mauvais indicateur du phénomène de pluri-consultations (moyenne de 5,09 ($\pm 1,70$) contre 5,17 ($\pm 2,56$), $p=0.92$).

IV) Prise en charge des patients ayant consulté à plusieurs reprises

Comme nous l'évoquions précédemment, 11 patients sur les 17 de l'échantillon ont consulté à plusieurs occasions pour leur problématique de douleur aiguë. Le devenir de ces patients a été compilé dans le tableau n° 9. Dans un tiers des cas, celle-ci s'était améliorée de manière rapide avec une guérison complète (36.3%), tandis qu'un autre tiers avait une évolution défavorable avec une chronicisation de cette douleur à 3 mois (36.3%). Toutefois, l'échelle numérique finale associée y est peu importante, en dessous de 2/10.

Ces pathologies n'ont par ailleurs pas nécessité de recours à une structure hospitalière et ont dans l'ensemble bénéficié d'une observance complète dans la grande majorité des cas. L'antalgique privilégié reste le Paracétamol, utilisé dans 81.8% des situations, avec un recours régulier aux AINS (27.3%). Enfin, la majeure partie de notre échantillon n'a pas nécessité d'arrêt de travail sur cette période de 3 mois, notamment car une grande partie des patients étaient déjà à la retraite (54.5%).

1) TABLEAU N° 9 : Prise en charge et évolution des patients ayant pluri-consulté pour une douleur aiguë en médecine générale

Evolution initiale		Nombre N (%)
	Guérison rapide	4 (36,3%)
	Persistance avec amélioration partielle	6 (54,5%)
	Persistance sans évolutivité	1 (9,1%)
	Défavorable	0 (0%)
Observance du traitement		
	Oui, complètement	10 (90,9%)
	Oui, partiellement	0 (0%)
	Non	0 (0%)
	Non connue	1 (9,1%)
Evolution finale à 3 mois		
	Guérison rapide	3 (27,3%)
	Guérison suite à l'intervention d'un tiers	1 (9,1%)
	Persistance avec amélioration partielle, puis complète	3 (27,3%)
	Persistance sans évolutivité	0 (0%)
	Défavorable avec chronicisation	4 (36,3%)
EN finale		
	0	4 (36,3%)
	1	2 (18,2%)
	2	1 (9,1%)
	Non connue	4 (36,3%)
Nécessité d'une hospitalisation		
	Oui, à cause de la douleur	0 (0%)
	Oui, en lien partiel	0 (0%)
	Oui, mais sans lien avec la douleur	0 (0%)
	Non	11 (100%)
Nombre total de jours d'arrêt de travail		
	Aucun	3 (27,3%)
	Aucun, car retraité	6 (54,5%)
	Moins d'une semaine	1 (9,1%)
	1 à 2 semaines	0 (0%)
	Au moins 2 semaines	1 (9,1%)
Nombre totale de consultations pour cette douleur (au courant de ces 3 mois)		
	2	5 (45,5%)
	3	6 (54,5%)
Antalgiques essayés ou en cours (plusieurs réponses possibles)		
	Paracetamol	9 (81,8%)*
	AINS	3 (27,3%)**
	Codéine	1 (9,1%)***
	Autre	1 (9,1%)
Respect des consignes données (thérapies non médicamenteuses, réévaluation)		
	Oui, complètement	7 (63,6%)
	Oui, partiellement	0 (0%)
	Non	0 (0%)
	Non applicable	4 (36,3%)
A réalisé les examens complémentaires ou vu les intervenants recommandés		
	Oui, complètement	6 (54,5%)
	Oui, partiellement	0 (0%)
	Non	1 (9,1%)
	Non applicable	1 (9,1%)
	Non connu	3 (27,3%)
* : dont 2 associés à des AINS et 1 associé à de la Codéine (18,2%)		
** : dont 2 associés à du Paracetamol (18,2%)		
*** : dont 1 associé à du Paracetamol 9,1%)		

DISCUSSION

Sur les 17 patients étudiés, 11 d'entre eux ont consulté à au moins une autre reprise dans les trois mois suivant leur première consultation, soit environ 2/3 de l'échantillon. Ceci démontre de manière intuitive qu'une douleur aiguë en médecine générale ne nécessite pas forcément plusieurs consultations pour être soulagée.

I) Analyse des résultats

1) Résultats significatifs

Concernant les résultats statistiquement significatifs dans la corrélation entre le risque de pluri-consultation et les items relevés, de cette étude, le premier d'entre eux est l'âge du patient ($p=0.021$). Bien que cela semble évident et intuitif, cette relation a pu être ici clairement établie. La prévalence des douleurs chez les patients âgés étant considérable (11,22), cela démontre bien que c'est une population à surveiller d'autant plus. Le sens de cette direction reste toutefois à questionner : les personnes âgées sont-elles directement plus à risque de développer des douleurs aiguës? Ou bien, les douleurs s'implantent-elles plus facilement sur les personnes vulnérables et fragiles, et donc chez les personnes âgées ?

Dans un second temps, la présence de certaines pathologies chroniques et leur nombre se sont révélés eux aussi positifs dans l'association avec le risque de pluri-consultation. Il en découle aussi que le nombre de médicaments chroniques ($p=0.018$) joue également un rôle par conséquent. Ces items peuvent s'intégrer possiblement dans la catégorie des facteurs de confusion liés à l'âge, mais pour le déterminer, une étude à plus large échelle et de plus forte puissance serait nécessaire. La résolution de cette question

permettrait d'obtenir une clé supplémentaire dans cette réflexion que nous venons d'initier dans le paragraphe précédent.

Un autre résultat significatif et important, est la nécessité d'une intervention psychologique chez certains ($p=0.0498$, RR = 2.370 [0.941 ; 5.972], $p=0.067$), car ils ont plus tendance à consulter de manière plus répétitive que les autres. C'est un phénomène que nous connaissons tous en tant que médecin : celui d'un patient angoissé, qui vient et revient en consultation, avec pour objectif plus ou moins conscient de calmer son anxiété à notre contact ; le problème médical passant alors plutôt au second plan. Les manifestations physiques sont en fait exacerbées par la détresse psychologique du patient (10), ce pourquoi il vient consulter. Le médecin devient alors lui-même le meilleur traitement du patient (34).

Le but de cette étude n'étant pas de comprendre les motivations des patients qui consultent de manière répétée, nous ne pouvons là non plus étudier le sens de cette relation. Ce point est néanmoins crucial, car il pourrait être à lui seul l'objet d'une étude propre, ce qui a déjà été le cas dans certaines pathologies douloureuses (35). Nous pourrions ainsi imaginer une étude qualitative, dans laquelle nous nous intéresserions aux raisons avouées de revenir en consultation, tout en étudiant aussi le versant psychique du patient pour en révéler les bénéfices secondaires éventuellement rattachées (par exemple : validation d'une souffrance, apaisement d'une anxiété, recherche d'une reconnaissance, etc.).

Dans un dernier temps, la fréquence de suivi a également montré une corrélation ($p=0.015$), qui comme nous le précisions avant, semble logique : les patients se faisant suivre plus régulièrement, doivent consulter du coup plus souvent que les autres.

2) Résultats potentiellement significatifs

Dans les éléments qui n'étaient pas significatifs, mais qui démontraient des résultats proches d'être significatifs, nous pouvons nous repencher sur le délai de consultation par rapport à l'apparition de la douleur ($p=0.15$). En effet, ce résultat est plutôt encourageant, et avec une plus forte puissance, il serait sans doute possible d'établir cette relation de manière significative. Peut alors se poser là encore la question du sens de cette relation : la douleur persiste-t-elle car elle n'est pas prise en charge suffisamment tôt? Ou, à l'opposé, c'est car la douleur persiste, qu'il est nécessaire d'aller consulter?

Il est en outre possible de réaborder le nombre de médicaments chroniques, qui semblait lui aussi présenter une tendance statistique ($p=0.12$). Là encore, il s'agit potentiellement d'un facteur de confusion, au même titre que le nombre de maladies chroniques, les deux étant intimement liés.

Néanmoins, si cette confusion était levée et qu'il s'agissait d'un authentique facteur de risque, il serait possible d'établir un cadre avec un profil bien défini de patient pluri-consultant : une personne âgée, souffrante de plusieurs pathologies chroniques ou d'une affection ostéo-articulaire chronique, devant par conséquent suivre un traitement au long cours.

Concernant la question des enfants, celle-ci semble également s'intégrer dans ce profil. Les personnes âgées vivant peu avec leurs enfants, cela accentue ce contraste et peut s'inscrire là encore comme étant un nouveau facteur de confusion lié à l'âge. Il en est de même pour le nombre d'enfants, qui présente une tendance statistique (pour rappel, $p=0.061$) : une population plus âgée dispose d'une famille pleinement constituée, ce qui n'est pas forcément le cas dans les populations plus jeunes.

3) Résultats non significatifs

Dans la liste toutefois des éléments non significatifs, nous pouvons retenir les points suivants, sous réserve bien évidemment du manque de puissance de cette étude. En supposant que ces hypothèses se confirment à plus grande échelle, il ne semblerait pas y avoir de différences significatives entre les sexes ($p=1$) en termes de pluri-consultations dans le cadre de douleurs aiguës. Toutefois, certaines études ont démontré la prévalence plus importante des femmes dans les cas de douleurs chroniques, associée à une consommation médicale plus importante (11,18,19,33).

Il n'y aurait pas non plus de corrélation avec l'Échelle Numérique (EN) initiale ($p=0.92$), ce qui signifie que l'intensité de la douleur ne doit pas constituer un point de repère dans les prises en charge douloureuses nécessitant de multiples consultations, même si elle est informative sur d'autres points.

Dans un autre temps, alors que l'association douleur chronique et dépression est clairement établie (12), nous ne constatons ici pas le même phénomène lors des accès douloureux aigus ($p=1$, RR = 0.840 [0.422 ; 1.674], $p=0.62$).

Dans la même veine, la présence d'une pathologie chronique à risque de décompensation n'engendre, statistiquement parlant, pas de différence avec une symptomatologie aiguë sans terrain chronique sous-jacent ($p=1$). Ceci signifie donc que, dans notre étude, disposer d'une pathologie chronique se manifestant par des accès aigus, n'est pas plus à risque de pluri-consultations que de développer un phénomène pathologique ponctuel autre. D'autres études ont pu démontrer l'inverse de ce phénomène (36).

Concernant l'état général estimé, celui-ci n'a pas démontré de tendance significative ($p=1$, RR = 0.600 [0.397 ; 0.907], $p=0.015$), mais à mon sens, plutôt en raison du faible

nombre de patients ayant un état général altéré. Une exploration supplémentaire à plus large échelle serait donc indiquée afin d'évaluer si ce critère est réellement significatif ou non.

Le tabagisme n'a pas non plus démontré de relation statistique positive ($p=1$), bien que sa relation avec la douleur soit étroite (28). Le tabac a en effet des vertus analgésiques à court terme lors de l'absorption de nicotine, mais provoque une sensibilisation à la douleur sur le long terme.

Les troubles du sommeil n'ont quant à eux pas montré de résultat probant non plus ($p=1$), mais plutôt en raison du faible nombre de données à cette question. A plus large échelle, cette relation pourrait possiblement être établie. En effet, il est connu que les troubles du sommeil induisent une augmentation de la sensibilité à la douleur ; cette dernière renforçant en retour l'altération de la qualité du sommeil, à l'origine d'un cercle vicieux (31,32).

La durée de la première consultation n'est-elle non plus pas déterminante ($p=1$), ce qui peut se révéler contre-intuitif. En effet, il serait attendu qu'en faisant mieux le tour du problème, la solution apportée soit plus affinée. Toutefois, d'après les résultats obtenus, prendre son temps pour explorer au maximum cette douleur n'apporterait pas forcément de bénéfice sur le phénomène de pluri-consultation.

II) Profil type du patient pluri-consultant

Globalement, de ce qu'il ressort de cette étude est un profil type de patients qui vont consulter à de multiples reprises pour une douleur aiguë en médecine générale. Il s'agit d'un patient âgé, possédant un terrain pathologique chronique, surtout si ce terrain est polyopathologique ou de nature endocrinologique, nécessitant de ce fait un traitement

chronique, antalgique ou non. Ce terrain l'oblige par conséquent à avoir un rythme de suivi plus rapproché que la population générale.

De même, les patients nécessitant une intervention psychologique pendant la première consultation sont à risque de revenir en consultation plus que les autres. Il faut également être vigilant vis-à-vis des patients dont la première consultation s'éloigne beaucoup de l'apparition de la douleur, c'est-à-dire ceux dont le délai de prise en charge est important, car ils sont également à risque de consulter à plusieurs occasions pour cette douleur.

III) Limites de l'étude

Du côté de ses faiblesses, il est possible d'émettre plusieurs critiques. La première étant un biais de recrutement et ce, à plusieurs niveaux.

Même si le procédé de sélection des médecins généralistes se voulait très large dans un premier temps, il n'aurait eu de réponses favorables que de médecins ayant un intérêt dans le domaine de la douleur, ou ayant une affection pour ce type de symptomatologie. Il existe donc là un sérieux biais de recrutement, qui persiste tout autant dans la seconde méthode de recrutement, même si elle s'atténue un peu du fait de la proximité établie avec l'investigateur principal.

Cependant, pour effacer complètement ce biais, il aurait fallu que toute une zone ou tout un groupe de médecins généralistes effectue cette étude, ce qui semble peu réalisable avec les moyens actuels développés pour cette étude. A cela, il peut être ajouté que le manque d'une compensation, notamment financière, associé aux contraintes de temps nécessaires au remplissage des questionnaires, ont constitué autant de freins supplémentaires au recrutement d'une population d'investigateurs idéale.

En plus de ce biais, se rajoute un autre biais de sélection, celui-ci inhérent aux praticiens eux-mêmes. En effet, même si ces derniers devaient inclure tous les patients présentant une douleur aiguë dans un certain intervalle de temps, ils ont effectué une sélection lors du recrutement des patients pour n'y inclure que les patients présentant une douleur au sens où eux l'entendaient. Là où toutes les douleurs devaient y être incluses, y compris les douleurs "bénignes", seules celles considérées comme significatives ont été référencées par les enquêteurs.

L'une des possibilités pour effacer ce biais aurait été de faire soi-même le recrutement des patients. Toutefois, dans ce cas de figure, pour être exhaustif, il ne faudrait être présent que dans un endroit à la fois, pour être sûr d'obtenir toutes les données requises. Or cela effacerait du coup tout l'intérêt des questions posées sur la compétence et l'expérience du médecin, car il n'y aurait qu'un seul investigateur.

Le caractère prospectif de l'étude a en lui-même posé des problèmes, car plus chronophage pour les médecins généralistes qu'une étude rétrospective. Cela les a obligés par la même occasion à maintenir une certaine rigueur et une certaine attention sur les besoins de l'étude. C'est pour cette raison que deux des quatre praticiens recrutés initialement n'ont pas rempli de questionnaires. La réduction de l'effectif initial prévu a eu pour conséquence d'allonger la période d'inclusion, à l'origine d'un cercle vicieux : l'intérêt pour l'étude diminuant au fil du temps, le nombre de nouvelle inclusion a aussi diminué. Pour limiter ces effets, une prise de contact régulière était organisée, par voie téléphonique ou par courriel électronique, ce qui n'aurait pas été forcément nécessaire avec la durée de la période d'inclusion initiale.

Par ailleurs, j'exprimais plus tôt le fait qu'environ un tiers (20 à 40% selon les études) des consultations de médecine générale était en lien avec un motif douloureux. Or, au vu de cette proportion, il faut clairement établir que le nombre de questionnaires reçus aurait dû être plus important, même dans une si courte période. Nous arrivons du coup à la principale

limite de cette étude, à savoir son manque de puissance et de représentabilité. Ce faible nombre de questionnaires n'a permis de démontrer que quelques relations statistiques, sans pouvoir toutefois en exprimer beaucoup, et parmi elles, se cachent potentiellement des facteurs de confusion, qu'il serait nécessaire d'explorer de manière plus approfondie.

IV) Points forts de l'étude

Dans un premier temps, il est à souligner la méthodologie de ce travail, qui a su s'adapter de toutes pièces et ce, dès le début, avec en premier lieu la refonte du système de recrutement des investigateurs.

Cette adaptabilité se matérialise en outre par l'optimisation du questionnaire, qui a su transiger entre les contraintes temporelles des médecins généralistes et les besoins d'une étude exhaustive. En effet, il fallait balayer de façon assez large l'étendu du sujet, tout en faisant en sorte que les médecins généralistes puissent compléter le plus simplement, mais le plus justement, les informations demandées par le questionnaire, pour en remplir le plus grand nombre possible. Dans cette optique, certaines questions ont donc été écartées lors de la phase de conception du questionnaire, car jugé trop chronophage ou n'allant pas obtenir un taux de réponses satisfaisant.

Un des autres reflets de cette souplesse est en soi le modèle et le design du questionnaire. Pour rappel, celui-ci était réalisable soit informatiquement, soit sur un support physique papier, ce dernier étant disponible sous plusieurs versions graphiques, afin d'en améliorer l'adhésion auprès des praticiens selon leurs propres préférences.

Ces phénomènes d'adaptation ont été également nécessaires pour optimiser au mieux l'étude, notamment lors du changement de la procédure de recrutement des praticiens, de la prolongation de la durée d'inclusion, ou lors de la refonte des critères d'inclusion. En effet, sans toutes ces modifications, l'échantillon aurait été encore plus réduit et les résultats actuels n'auraient pu être obtenus.

De même, un soutien et une disponibilité importante étaient également proposés tout au long de l'étude, que ce soit par la démonstration d'utilisation du questionnaire ou la notice explicative fournit lors de la première rencontre, ou même encore la possibilité de répondre aux questions par courriel électronique ou par téléphone à tout moment. L'objectif derrière toutes ses rencontres et interventions auprès des médecins généralistes étaient d'aider au maximum les praticiens et de nouer une véritable relation de partenariat avec eux.

D'autre part, le thème de la douleur est une problématique récurrente, mais est ici abordée de manière plus ambitieuse et plus originale, à l'opposé de ce qui se fait habituellement, à savoir une vision spécifique et propre à chaque pathologie. Le but de cette réalisation était en effet de proposer une synthèse et une vue plus globale de la douleur aiguë dans le secteur de la médecine générale, à travers un aspect qui n'avait pour le moment pas été encore abordé.

De manière plus concrète, nous pouvons ajouter que cette étude a un intérêt indiscutable pour les praticiens de médecine générale, car elle s'intègre clairement dans leur quotidien. En effet, la douleur étant l'un des motifs de consultation les plus fréquents, il est donc indispensable de connaître ses tenants et ses aboutissants, et donc d'adopter la meilleure stratégie face à elle. C'est en ce sens aussi que s'est positionné le comité d'éthique avec l'expression de son avis favorable.

Dans un dernier temps, en dépit de sa faible puissance que nous évoquions à plusieurs reprises, il a quand même été possible d'obtenir certains résultats significatifs, démontrant ainsi la force supposée de telles associations.

V) Perspectives

De par sa réalisation et ses enjeux, cette étude nous invite à accéder à d'autres perspectives. Comme nous l'évoquions précédemment, des études complémentaires similaires sur certaines classes de population, comme la pédiatrie ou la gériatrie seraient des axes à creuser pour en déceler les subtilités. Cette dernière branche est d'autant plus importante que la gestion de la douleur dans cette catégorie de la population est plus spécifique et peut être insuffisante (25).

De même, il serait possible de réaliser une autre étude semblable, mais plus large, si cela était concevable et réalisable, afin d'y inclure un plus grand nombre d'investigateurs. Ceci, dans un premier temps, à l'échelle d'un département ou d'une région, comme cela avait été entrepris ici, voire à l'échelle nationale ou internationale.

Par ailleurs, comme évoqué auparavant, il serait intéressant de concevoir une enquête similaire, mais pour en retirer les raisons et les motifs de ces multiples consultations. En découlerait par exemple une étude qualitative menée auprès des patients directement. A cela pourrait s'y inclure une partie annexe, où le médecin généraliste référent du patient essayerait d'analyser les enjeux de cette demande, selon sa propre vision. Cela permettrait d'offrir une vision bilatérale d'une même situation, dans l'idée de comparer les deux points de vue.

En dernier lieu, il est important de rappeler que le phénomène de consultation multiple ne doit pas être pris à la légère, car il peut être le fondement d'une situation plus grave. En effet, en 2015, l'équipe du Dr Ewing ont démontré l'augmentation du nombre de consultations en médecine générale l'année précédant la découverte d'une pathologie cancéreuse (37). Ceci doit toujours rester un point de vigilance et nous mettre la puce à l'oreille en cas de symptomatologie atypique et/ou persistante.

VI) Conclusion

La question d'améliorer la prise en charge des pathologies douloureuses est fondamentale au vu des conséquences et des impacts qui y sont associés. Malgré le faible nombre d'inclusions de cette étude, celle-ci a su faire ressortir plusieurs éléments. Le principal résultat restera le profil du patient pluri-consultant, qui pour rappel, est une personne âgée avec un terrain pathologique chronique, surtout polyopathologique ou endocrinien, et un traitement médicamenteux chronique, nécessitant un suivi rapproché. De même, les patients avec un délai de prise en charge important ou ayant besoin d'une intervention psychologique sont également à risque de pluri-consultation.

Enfin, pour terminer, ce travail ouvre des perspectives intéressantes quant à la réalisation d'autres études similaires, qui permettraient de compléter ces premières données.

VU
Strasbourg, le 20 août 2020
Le président du Jury de Thèse
Professeur ANDRÉS Emmanuel

VU et approuvé
Strasbourg, le 31 AOUT 2020
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean STUBLA



ANNEXES**ANNEXE A : questionnaire patient****Patient**

N° identification praticien : _____ N° identification patient : _____

Social :

Age : _____ ans Sexe : Féminin / Masculin Taille : _____ cm Poids : _____ Kg

Situation familiale : célibataire / en couple / marié ou pacsé / divorcé / veuf Nombre d'enfants : _____

Vit seul / avec des enfants uniquement / avec des adultes uniquement / avec les deux

Travail : manuel / intellectuel / mixte / étudiant / retraité / sans activité

Niveau d'études (ou équivalent) : brevet / baccalauréat / licence / master / doctorat / sans diplôme

Etat antérieur :

Etat général : bon/moyen/mauvais

Nombre de médicaments chroniques : Aucun / 1-3 / 4-6 / 7-9 / 10 ou plus

Pathologie chronique (*): cardio-vasculaire / pneumologique / endocrinologique / neurologique / oncologique

Nombre de pathologies chroniques : _____ Exogénose : non, jamais / oui, actuellement / oui, mais sevré

Tabagisme : non, jamais / oui, actuellement / oui, mais sevré Drogue : non, jamais / oui, actuellement / oui, mais sevré

Dépression : non jamais / oui, actuellement / oui, anciennement / oui, actuellement et anciennement

Pathologie ostéo-articulaire préexistante : oui / non Autre douleur chronique préexistante : oui / non

Traitement antalgique préexistant (*): aucun / paracétamol / nefopam / AINS / tramadol / codéine / opium / morphine / oxycodone / hydromorphone / fentanyl / corticoïdes / prégabaline / gabapentine / autre

Fréquence du suivi habituel : aucun / 1x par mois / 1x par 2 à 4 mois / 1x par 6 mois / 1x par an ou moins

Première consultation avec plainte douloureuse :

Nature de la consultation : plainte principale / plainte secondaire / renouvellement ou suivi habituel

Localisations multiples : oui / non (si oui à cette question, prendre en compte la localisation principale)

Zone douloureuse : thorax / abdomen ou pelvis / dos / membre supérieur / membre inférieur / tête et cou

Origine supposée de la douleur : cardio-respiratoire ou vasculaire / loco-rhumato ou neurologique / uro-gynécologique / digestive / ORL ou ophtalmologique / autre

Décompensation ou nouvel accès aigu d'une pathologie préexistante : oui / non

Type de douleur (*): mécanique / inflammatoire / neuropathique EN : _____ / 10

Délai de consultation par rapport au début de la douleur : _____ jour(s)

Automédication antérieure : oui, adaptée / oui, mais inadaptée / non

Troubles du sommeil : préexistants non traités / préexistants en traitement / induits par la douleur / non, aucun

Diagnostic : _____

Durée de la première consultation : _____ min

Réponse thérapeutique :

Traitement médicamenteux instauré (*) : aucun / paracétamol / nefopam / AINS / tramadol / codéine / opium / morphine / oxycodone / hydromorphone / fentanyl / corticoïdes / prégabaline / gabapentine / autres

Thérapies non médicamenteuses (*): repos / règles hygiéno-diététiques / activité physique / kinésithérapie / ostéopathie / hypnose / acupuncture / sophrologie / psychologue / assistante sociale / autre

Recours à du matériel (*) : orthèse / corset / canne / déambulateur / fauteuil roulant / lit médicalisé / autre

Examens complémentaires demandés (*) : biologie / imagerie / autre

Recours à un spécialiste (*) : aucun / chirurgien / autre somaticien (dont urgentiste) / psychiatre

Nécessité d'un arrêt de travail : oui / non / non, car retraité

Intervention psychologique pendant la consultation (réassurance, explications) : oui / non

Réévaluation prévue : aucune / RDV fixé le jour même de la première consultation / doit se représenter après quelques temps / doit se représenter après réalisation des examens complémentaires ou après avis spécialisé / doit revenir si non amélioration ou dégradation

Etat final (à compléter 3 mois après la première consultation) :

Reconsultation du patient dans la période des 3 mois après la première consultation : oui / non

Evolution initiale : guérison rapide / persistance avec amélioration partielle / persistance sans évolutivité / défavorable

Observance du traitement : oui, complètement / oui, partiellement / non

Si inobservance, motif (*) : inefficacité du traitement / effets secondaires / n'a pas commencé / chronophage / problème financier / autre

Evolution finale à 3 mois : guérison rapide / guérison suite à l'intervention d'un tiers (chirurgie, hospitalisation) / persistance avec amélioration progressive, puis complète / défavorable avec chronicisation EN finale : ____ / 10

Nécessité d'une hospitalisation : oui, à cause de la douleur / oui, en lien partiel / oui, mais sans lien avec la douleur / non

Nombre total de jours d'arrêt de travail : aucun / moins d'une semaine / 1 à 2 semaines / plus de 2 semaines

Nombre de consultations concernant cette douleur (au courant de ces 3 mois) : ____

Si plusieurs consultations, antalgiques essayés ou en cours (*) : aucun / paracétamol / nefopam / AINS / tramadol / codéine / opium / morphine / oxycodone / hydromorphone / fentanyl / corticoïdes / prégabaline / gabapentine / autres

Si plusieurs consultations, respect des consignes données (thérapies non médicamenteuses, réévaluation) : oui, complètement / oui, partiellement / non

Si plusieurs consultations, a réalisé les examens complémentaires ou vu les intervenants recommandés : oui, complètement / oui, partiellement / non

Diagnostic final : _____

Commentaires éventuels : _____

ANNEXE B : questionnaire médecin**Médecin**

Numéro d'identification praticien : _____

Age : _____ ans Sexe : Féminin / Masculin

Années d'expérience professionnelle : _____

Compétences particulières en douleur (*): aucune / DESC / DU-DIU / autre

Si autre, merci d'indiquer :

Patientèle estimée : <500 / 500-800 / 800-1200 / 1200-1500 / >1500

Nombre de consultations par jour (en moyenne) : _____

Durée moyenne de consultation : _____ min

Secteur : urbain / semi-urbain / rural

ANNEXE C : Notice explicative

Notice explicative

Thèse : identification de facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale

Première utilisation :

Avant de réaliser votre première inclusion, il est nécessaire de compléter le volet médecin, puis de le renvoyer (si cette étape n'a pas été faite lors de votre rencontre avec moi). Merci d'y joindre vos coordonnées afin de faciliter nos futurs échanges.

Lors de la réception du document (ou lors de notre rencontre), un numéro d'identification praticien vous sera communiqué. Ce numéro permettra dans un second temps d'anonymiser les questionnaires reçus. Ce numéro est à conserver et sera à indiquer sur chaque questionnaire patient.

Sur le questionnaire papier, pour toute question avec le symbole (*) présent, plusieurs réponses sont possibles et peuvent être associées.

Sur le questionnaire électronique, les questions avec le symbole * sont des réponses obligatoires à indiquer.

Précisions pour le remplissage du volet médecin :

- années d'expérience professionnelle : en médecine générale, que ce soit en remplacement ou en installation, et ce, depuis la fin de l'internat.
- compétences : DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaire), DU (diplôme d'université), DIU (diplôme inter-université) en douleur, ou dans une autre spécialité. Le cas échéant, remplir la ligne suivante pour y apporter des précisions.

Inclure un patient :

Sur chaque questionnaire patient, il est nécessaire d'y inscrire votre numéro d'identification praticien. Concernant le numéro d'identification patient, celui-ci est laissé libre et à votre convenance, tout en respectant le modèle de base qui vous est fourni en même temps que votre numéro d'anonymat. Ce numéro d'identification patient doit pouvoir garantir l'anonymat du patient. Pour cela, une feuille annexe vous est laissée afin de vous permettre de noter et retrouver à quel patient est associé quel numéro d'identification.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients pour cette étude sont indiqués ci-dessous :

Critères d'inclusion :

- Patient présentant un épisode douloureux aigu, datant de moins d'un mois
- Vu à l'occasion d'une consultation en médecine générale
- Agé de 18 à 75 ans

Critères d'exclusion :

- Troubles cognitifs, épisode confusionnel, handicap mental ou autres éléments pouvant altérer le jugement et/ou un recueil fiable des données
- Patient sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- Femme enceinte
- Suivi habituel par un autre praticien n'exerçant pas dans le même cabinet

Retour des données :

Lorsque vos questionnaires seront complétés (partie initiale + l'état final à 3 mois), merci de me les renvoyer à l'adresse mail indiqué ci-dessous. Si cela s'avérait impossible, merci de me contacter pour que je puisse venir les chercher directement.

Assurez-vous également d'en garder une copie afin de ne pas perdre de données en cours d'étude.

Précisions sur le questionnaire :

Social : pas de précision supplémentaire pour cette catégorie

Etat antérieur :

- Pathologie chronique : pour le diabète, cocher « cardio-vasculaire » et « endocrinologique », pour hypo/hyperthyroïdie, cocher « endocrinologique » seulement
- Pathologie ostéo-articulaire préexistante : présence d'arthrose, de hernie discale, d'une radiculalgie (type cruralgie ou sciatralgie) ou d'autres éléments similaires
- Traitement antalgique préexistant : le patient possède-t-il dans son traitement habituel ou chronique des antalgiques, ou prise régulière d'antalgique

Première consultation avec plainte douloureuse :

- Nature de la consultation : le patient vient à cause de sa douleur (plainte principale), à cause d'un autre problème, mais vous en parle aussi (plainte secondaire) ou lors d'un épisode de son suivi habituel
- Zone douloureuse : prendre en compte la localisation la plus douloureuse rapportée par le patient
- Décompensation ou nouvel accès aigu d'une pathologie préexistante : il existe une pathologie chronique qui se manifeste par poussée ou accès douloureux plus ou moins régulier (ex : arthrose, maladie de Crohn, etc.)
- Délai de consultation par rapport au début de la douleur : nombre de jours entre le début de l'accès douloureux et la première consultation
- Automédication antérieure : le patient a-t-il pris un traitement de lui-même pour cette douleur avant la consultation?

Réponse thérapeutique : il s'agit des actions et thérapeutiques entrepris au cours de cette première consultation.

Etat final : cette partie est à remplir 3 mois après la première consultation et permet de faire un récapitulatif de ce qui a été entrepris ou de ce que la douleur a nécessité au cours de cet intervalle de 3 mois. Elle permet aussi d'en apprécier l'évolution.

- Evolution initiale : dans les quelques jours qui ont suivi la première consultation, comment a évolué la douleur?
- Nombre de consultations concernant cette douleur : depuis la première consultation jusqu'à la date finale (soit 3 mois après la première consultation). Ne tenir compte que des consultations où l'on a réévalué et/ou modifié la prise en charge.

Commentaires éventuels : toute remarque qui vous semble pertinente concernant ce patient.

Contact :

Je reste disponible pour toute question ou précision complémentaire à l'adresse mail suivante : mickael.cociancich@gmail.com

Merci d'avance pour tout ce que vous allez faire et pour votre contribution dans ce projet qui constituera l'aboutissement de mes études.

Mickaël Charpentier
Interne de médecine générale

ANNEXE D : Consentement praticien

Consentement praticien – exemplaire praticien

Thèse : Identification de facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous solliciter pour mon travail de thèse qui concerne la prise en charge des douleurs aiguës en médecine générale. L'objectif de cette dernière est d'améliorer la qualité des soins pour les pathologies douloureuses, notamment lorsqu'elles se révèlent complexes et nécessitent plusieurs consultations chez son médecin habituel.

Le principe de cette étude est de récolter des données sur vous-même, votre patient et les caractéristiques de ses douleurs à l'aide d'un questionnaire à remplir par vos soins. Ces informations me seront transmises de manière anonymisées ; seule une rencontre initiale avec moi-même est nécessaire pour vous expliquer les modalités de l'étude. Cela ne vous oblige en rien à modifier la manière dont vous menez votre consultation ou votre prise en charge habituelle. Les données recueillies seront traitées à des fins scientifiques uniquement, et seulement dans cette étude, et ne seront liées d'aucune manière à des fins commerciales.

Votre aide nous est précieuse pour faire progresser la Médecine et de répondre au mieux aux besoins de nos patients, notamment dans le cadre des pathologies douloureuses. Vous êtes libre de refuser de participer. Si vous êtes intéressé toutefois, merci de remplir le consentement ci-joint. Sachez que vous pouvez à tout moment retirer votre consentement, sans avoir besoin de vous justifier, en me le signalant simplement ; vous ne souffrirez d'aucun préjudice pour cela. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, vous pourrez exercer votre droit d'accès, de rectification ou de suppression de vos données.

Merci d'avance pour ce que vous allez faire,

Mickaël Charpentier, Interne en médecine générale

Mickael.cociancich@gmail.com

Nom et Prénom : _____

Je certifie avoir été informé des éléments suivants :

- Je peux à tout moment retirer mon consentement, sans avoir à me justifier.
- Les données recueillies seront strictement confidentielles, anonymisées et serviront uniquement à des buts scientifiques dans cette étude uniquement, et en aucune manière à des fins commerciales.

Je donne mon accord pour l'utilisation de ces données à ces fins et confirme participer à l'étude de mon plein gré.

Fait le __/__/__ à _____

Signature et paraphe investigateur

Signature et paraphe praticien

Exemplaire à remettre à Mr Mickaël Charpentier (à détacher)

Nom et Prénom : _____

Je certifie avoir été informé des éléments suivants :

- Je peux à tout moment retirer mon consentement, sans avoir à me justifier.
- Les données recueillies seront strictement confidentielles, anonymisées et serviront uniquement à des buts scientifiques dans cette étude uniquement, et en aucune manière à des fins commerciales.

Je donne mon accord pour l'utilisation de ces données à ces fins et confirme participer à l'étude de mon plein gré.

Fait le __/__/__ à _____

Signature et paraphe investigateur

Signature et paraphe praticien

ANNEXE E : Consentement patient

Consentement patient – exemplaire patient

Thèse : Identification de facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous solliciter pour mon travail de thèse qui concerne la prise en charge des douleurs aiguës en médecine générale. L'objectif de cette dernière est d'améliorer la qualité des soins pour les pathologies douloureuses, notamment lorsqu'elles se révèlent complexes et nécessitent plusieurs consultations chez son médecin habituel.

Au vu de votre état, votre médecin a considéré que votre situation pouvait entrer dans le cadre de cette étude. Concrètement pour vous, aucune action n'est nécessaire, hormis de répondre aux questions habituelles de votre médecin. Ces informations seront recueillies lors de votre consultation avec lui, comme lors de n'importe quelle consultation, sans aucune autre modification de sa prise en charge. Il me transmettra ensuite ces données de manière à respecter votre anonymat. Elles seront ainsi traitées, à des fins scientifiques uniquement, et seulement dans le cadre de cette étude, et ne seront liées d'aucune manière à des fins commerciales.

Votre aide nous est précieuse pour faire progresser la Médecine et de répondre au mieux à vos demandes, notamment dans le cadre des pathologies douloureuses. Vous êtes libre de refuser de participer. Si vous êtes intéressé toutefois, merci de remplir le consentement ci-joint. Sachez que vous pouvez à tout moment retirer votre consentement, sans avoir besoin de vous justifier, en le signalant simplement à votre médecin ; vous ne souffrirez d'aucun préjudice pour cela : votre prise en charge sera exactement similaire à celle habituelle. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, vous pourrez exercer votre droit d'accès, de rectification ou de suppression de vos données.

Merci d'avance pour ce que vous allez faire,

Mickaël Charpentier, Interne en médecine générale

Mickael.cociancich@gmail.com

Nom et Prénom : _____

Je certifie avoir été informé des éléments suivants :

- Je peux à tout moment retirer mon consentement, sans avoir à me justifier.
- Les données recueillies seront strictement confidentielles, anonymisées et serviront uniquement à des buts scientifiques dans cette étude uniquement, et en aucune manière à des fins commerciales.

Je donne mon accord pour l'utilisation de ces données à ces fins et confirme participer à l'étude de mon plein gré.

Fait le __/__/__ à _____

Signature et paraphe patient

Signature et paraphe praticien

Exemplaire à remettre à Mr Mickaël Charpentier (à détacher)

Nom et Prénom : _____

Je certifie avoir été informé des éléments suivants :

- Je peux à tout moment retirer mon consentement, sans avoir à me justifier.
- Les données recueillies seront strictement confidentielles, anonymisées et serviront uniquement à des buts scientifiques dans cette étude uniquement, et en aucune manière à des fins commerciales.

Je donne mon accord pour l'utilisation de ces données à ces fins et confirme participer à l'étude de mon plein gré.

Fait le __/__/__ à _____

Signature et paraphe patient

Signature et paraphe praticien

ANNEXE F : Mail de présentation de l'étude

Chers confrères, chères consœurs,

Je me nomme Mickaël Charpentier et je suis actuellement en dernière année de mon DES de médecine générale.

Je me permets de vous solliciter concernant mon travail de thèse. Celui-ci s'intitule "*Identification de facteurs de risque de pluri-consultations pour une douleur aiguë en médecine générale*". Comme son nom l'indique, je cherche à objectiver la présence de facteurs de risque à l'origine de multiples consultations en médecine générale pour une douleur aiguë donnée. L'optique de cette étude est de mieux apprécier les consultations avec une plainte douloureuse, afin de mieux adapter sa prise en charge.

Je recherche actuellement des médecins généralistes installés en Alsace et qui souhaiteraient participer à cette étude et offrir leur contribution au développement de la Médecine.

L'étude se présente sous la forme d'un questionnaire (électronique ou papier) à remplir par le médecin lorsqu'un de ses patients se présente avec une plainte douloureuse aiguë. Toute douleur est à inclure sur une période de 15 jours (hors pathologies saisonnières hivernales). Une seconde partie du questionnaire est à compléter 3 mois après, pour apprécier l'évolution de ladite douleur. Sachant que votre temps est précieux, le design du questionnaire a été prévu pour être complété rapidement en quelques minutes.

Votre temps et votre contribution seraient extrêmement précieux. Si vous êtes intéressé(e), je me tiens à votre disposition pour vous présenter l'étude et le questionnaire à votre cabinet. Je suis joignable au numéro suivant : 06 80 05 59 41 ou à l'adresse mail suivante : mickael.cociancich@gmail.com

En espérant une réponse favorable de votre part,

Confraternellement,

Mickaël Charpentier
Interne en médecine générale

BIBLIOGRAPHIE

1. Livre blanc de la douleur 2017 - Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur.
2. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
3. Treede R-D. The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. PAIN Rep. 2018;3(2):e643.
4. Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain: PAIN Rep. 2018;3(2):e634.
5. IASP's Proposed New Definition of Pain Released for Comment - IASP [Internet]. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>
6. Aydede M. Does the IASP definition of pain need updating?: PAIN Rep. 2019;4(5):e777.
7. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11: PAIN. mars 2015;1.
8. Voscopoulos C, Lema M. When does acute pain become chronic? Br J Anaesth. déc 2010;105:i69-85.
9. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Cabrera-León A, Barrientos-Trigo S, María A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. Scoping Review. :13.
10. Sherbourne CD, Asch SM, Shugarman LR, Goebel JR, Lanto AB, Rubenstein LV, et al. Early Identification of Co-Occurring Pain, Depression and Anxiety. J Gen Intern Med. mai 2009;24(5):620-5.
11. Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, et al. Common Chronic Pain Conditions in Developed and Developing Countries: Gender and Age Differences and Comorbidity With Depression-Anxiety Disorders. J Pain. oct 2008;9(10):883-91.
12. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review. Arch Intern Med. 10 nov 2003;163(20):2433.
13. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care: Pain. sept 2004;111(1):51-8.
14. Poleshuck EL, Green CR. Socioeconomic disadvantage and pain: Pain. juin 2008;136(3):235-8.
15. Lallukka T, Hiilamo A, Oakman J, Mänty M, Pietiläinen O, Rahkonen O, et al. Recurrent pain and work disability: a record linkage study. Int Arch Occup Environ Health. mai 2020;93(4):421-32.

16. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. avr 2002;6(2):133-40.
17. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*. oct 2002;6(5):375-85.
18. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The Epidemiology and Economic Consequences of Pain. *Mayo Clin Proc*. janv 2015;90(1):139-47.
19. Gaskin DJ, Richard P. The Economic Costs of Pain in the United States. *J Pain*. août 2012;13(8):715-24.
20. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care: *Pain*. janv 2001;89(2):175-80.
21. Letrilliart L, Supper I, Schuurs M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENÉrale. *Vo U M E*. :10.
22. Karjalainen M, Saltevo J, Tiihonen M, Haanpää M, Kautiainen H, Mäntyselkä P. Frequent pain in older people with and without diabetes – Finnish community based study. *BMC Geriatr* [Internet]. déc 2018 [cité 14 févr 2019];18(1). Disponible sur: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0762-y>
23. Shi Y, Hooten MW, Roberts RO, Warner DO. Modifiable risk factors for incidence of pain in older adults: *Pain*. nov 2010;151(2):366-71.
24. Heim N, Snijder MB, Deeg DJH, Seidell JC, Visser M. Obesity in Older Adults Is Associated With an Increased Prevalence and Incidence of Pain. *Obesity*. nov 2008;16(11):2510-7.
25. Platts-Mills TF, Esserman DA, Brown DL, Bortsov AV, Sloane PD, McLean SA. Older US Emergency Department Patients Are Less Likely to Receive Pain Medication Than Younger Patients: Results From a National Survey. *Ann Emerg Med*. août 2012;60(2):199-206.
26. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. févr 2016;18(2):22.
27. Butchart A, Kerr EA, Heisler M, Piette JD, Krein SL. Experience and Management of Chronic Pain Among Patients With Other Complex Chronic Conditions: *Clin J Pain*. mai 2009;25(4):293-8.
28. Shi Y, Weingarten TN, Mantilla CB, Hooten WM, Warner DO. Smoking and Pain: Pathophysiology and Clinical Implications. *Anesthesiology*. oct 2010;113(4):977-92.
29. Zale EL, Maisto SA, Ditre JW. Interrelations between pain and alcohol: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. avr 2015;37:57-71.
30. Perrot, S, Cittée, J, Louis, P, et al. Self- medication in pain management: The state of the art of pharmacists' role for optimal Over- The- Counter analgesic use. *Eur J Pain*. 2019; 23: 1747– 1762.

31. Lautenbacher S, Kundermann B, Krieg J. Sleep deprivation and pain perception. *Sleep Med Rev.* oct 2006;10(5):357-69.
32. Roehrs T, Hyde M, Blaisdell B, Greenwald M, Roth T. Sleep Loss and REM Sleep Loss are Hyperalgesic. *Sleep.* févr 2006;29(2):145-51.
33. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. *J Pain.* mai 2009;10(5):447-85.
34. Thomas KB. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ.* 9 mai 1987;294(6581):1200-2.
35. McPhillips-Tangum CA, Cherkin DC, Rhodes LA, Markham C. Reasons for repeated medical visits among patients with chronic back pain. *J Gen Intern Med.* mai 1998;13(5):289-95.
36. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Latimer J, Koes BW, Steffens D, et al. Can Recurrence After an Acute Episode of Low Back Pain Be Predicted? *Phys Ther.* sept 2017;97(9):889-95.
37. Ewing M, Naredi P, Nemes S, Zhang C, Månsson J. Increased consultation frequency in primary care, a risk marker for cancer: a case–control study. *Scand J Prim Health Care.* 2 avr 2016;34(2):205-12.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE PLAGIAT

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :
 - à votre mémoire de D.E.S.
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : CHARPENTIERPrénom : Mikael

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Lingolsheim, le 04/05/2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.