



HAL
open science

Maintien en emploi des patients traités par Qutenza® entre 2018 et 2022 au centre d'évaluation et traitement de la douleur

Julie Guyenon

► To cite this version:

Julie Guyenon. Maintien en emploi des patients traités par Qutenza® entre 2018 et 2022 au centre d'évaluation et traitement de la douleur. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04558119

HAL Id: dumas-04558119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04558119>

Submitted on 24 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**MAINTIEN EN EMPLOI DES PATIENTS TRAITÉS PAR QUTENZA®
ENTRE 2018 ET 2022 AU CENTRE D'ÉVALUATION ET
TRAITEMENT DE LA DOULEUR**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 22/04/2024

Par Mme Julie GUYENON

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Vincent BONNETERRE

Membres :

Mme le Dr Katia BUNAUX (directrice de thèse)

M. le Pr Jean-luc BOSSON

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAÏN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Remerciements

À monsieur le professeur Vincent BONNETERRE

Tu me fais l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour ton aide dans sa réalisation. Merci pour ta disponibilité et ton savoir qui m'ont été d'une précieuse aide tout au long de mon internat. Je te prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À madame le Docteur Katia BUNAUX

Je te remercie de m'avoir confié ce travail et de m'avoir accompagnée dans sa réalisation. Je te remercie pour ton accompagnement précieux durant toutes les étapes de la réalisation de ce travail, pour ta patience, ta disponibilité et ta bienveillance. Tu trouveras ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À monsieur le professeur Jean-Luc BOSSON

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Votre expérience rend votre jugement précieux. Vous trouverez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon mari Dadjia

Merci pour ton amour, pour ta patience, pour m'avoir soutenue toutes ces longues années de médecine et durant la réalisation de ce travail.

À mon amie Pauline

Merci pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail qui n'aurait peut-être pas vu le jour sans toi et pour les déjeuners le vendredi.

À ma sœur Maître Séverine

Merci pour ton soutien infailible, pour t'être plongée dans le sujet bien que ce ne soit pas ton domaine et pour m'avoir accueillie chez toi pendant tes jours de télétravail.

À mes parents

Merci pour votre soutien pendant toutes ces longues années d'études, merci pour les prises de nouvelles régulières, et pour être là quand j'en ai besoin.

Table des matières

Remerciements	6
Table des matières	7
Liste des figures	9
Liste des tableaux	10
Abréviations	11
Résumé	12
Introduction	13
1. Contexte.....	13
2. Définitions	14
2.1. Définition de la douleur	14
2.1.a Définition de la douleur neuropathique	14
2.1.b Définition de la douleur neuropathique périphérique.....	14
3. Rappels sur la douleur	15
4. Diagnostic de la douleur neuropathique	17
5. Traitement de la douleur neuropathique périphérique focale	17
6. Qutenza®.....	18
6.1. Présentation.....	18
6.2. Mécanisme d'action (figure 4).....	19
6.3. Effet antalgique du Qutenza® (figure 5 et 6).....	19
6.3.a Action antalgique précoce du Qutenza®	19
6.3.b Action antalgique retardée du Qutenza® (Figures 5 et 6).....	19
6.4. Pharmacocinétique	21
6.5. Indications	21
6.6. Contre-indications	22
6.7. Effets indésirables	22
6.8. Données règlementaires	22
6.9. Protocole d'utilisation	23
7. Maintien en emploi.....	23
7.1. Facteurs prédictifs de retour au travail.....	23
7.2. Outils à disposition du médecin du travail.....	25
7.2.a Visite de pré-reprise.....	26

7.2.b Visite de reprise	26
7.2.c Aménagement du poste de travail.....	27
7.2.d Fiche d'entreprise	27
7.2.e Le rendez-vous de liaison	28
7.2.f La cellule pluridisciplinaire de Prévention de la Désinsertion Professionnelle....	28
7.2.g L'essai encadré	29
7.2.h La convention de rééducation professionnelle en entreprise.....	29
7.2.i Le projet de transition professionnelle	30
7.2.i Inaptitude.....	32
7.2.j Autres mesures mobilisables	32
7.3. Secret médical partagé	35
7.4. Objectifs de l'étude	36
Matériel et méthodes	37
1. Conformité au RGPD :.....	37
2. Design.....	37
3. Population cible.....	37
4. Critères d'inclusion et de non inclusion	37
5. Contact de la population cible	37
6. Recueil de données	37
7. Analyses statistiques :	42
7.1 Plan d'analyse	42
Résultats	43
Discussion	57
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	62
Annexes	68
Serment d'Hippocrate	81

Liste des figures

Figure 1 : Les nocicepteurs cutanés	16
Figure 2 : les voies de la douleur.....	16
Figure 3 : Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte	17
Figure 4 : Activation du TRPV1 par la capsaïcine (mécanisme d'action)	20
Figure 5 : Désensibilisation en cas de stimulation répétée et prolongée (mécanismes d'action)	20
Figure 6 : Rétraction de l'extrémité distale des fibres nerveuses de l'épiderme et du derme (mécanismes d'action).....	21
Figure 7 : Évolution du recrutement	38
Figure 8 : Distribution de l'âge des répondants	43
Figure 9 : Progression dans le temps du nombre d'actifs et d'inactifs	50
Figure 10 : Exemples de différentes temporalités de patients	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Outils mobilisables par le travailleur pour la prévention de la désinsertion professionnelle	33
Tableau 2 : Nature et sources des variables collectées pour l'étude (données brutes).....	39
Tableau 3 : Description des principales variables renseignées au sein de la population étudiée	46
Tableau 4 : Niveau de contraintes physiques au travail	50
Tableau 5 : Comparaison des variables : EN douleur et activité professionnelle en amont de la prise charge et lors de l'évaluation.....	51
Tableau 6 : Caractéristiques des patients selon leur situation par rapport à l'emploi	53
Tableau 7 : Contraintes physiques au travail en fonction de l'activité.....	56

Abréviations

AMM : autorisation de mise sur le marché

AT : accident de travail

CPF : compte personnel de formation

CRPE : convention de rééducation professionnelle en entreprise

EN : échelle numérique (de la douleur)

IASP : International Association for the Study of Pain

IJ : indemnités journalières

IPP : identifiant patient permanent

TPT : temps partiel thérapeutique

TRP : transient receptor potential

TRPV1 : transient receptor potential vanilloid 1

PDP : prévention de la désinsertion professionnelle

SPST : service de prévention et de santé au travail

Résumé

Introduction : Environ 7% à 10% de la population générale présente des douleurs neuropathiques. Dans cette proportion on estime à 60% le nombre de patients atteints de douleur neuropathique périphérique. L'arrêt de travail entraîne des conséquences négatives sur le travailleur. Le Qutenza® est un dispositif transdermique antalgique qui a l'AMM dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes. Il est actuellement indiqué en 2ème intention. Cependant il n'existe pas à notre connaissance de données dans la littérature évaluant s'il permet d'agir sur le maintien ou le retour à l'emploi chez les personnes traitées. L'objectif principal est de décrire l'impact du traitement par Qutenza® sur la reprise ou le maintien au travail, avec des indicateurs objectifs et subjectifs ; l'objectif secondaire est de décrire les situations de cette population de patients par rapport à l'emploi.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. La population cible est constituée par les patients traités par Qutenza® entre 2018 et 2022 au Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur (CETD) du Groupe Hospitalier Mutualiste à Grenoble. Le recueil de données s'est basé sur deux sources : analyse des dossiers médicaux informatisés d'une part, et réponses à un auto-questionnaire par le patient, par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne préalablement établi.

Résultats : Seuls 30 patients sur 107 ont répondu au questionnaire. Il s'agissait de 16 femmes et 14 hommes dont la moyenne d'âge était de 50 ans. Nous avons testé l'effet de l'ensemble des variables suivantes sur le retour au travail : âge, sexe, douleur consécutive à un AT, influence de l'aggravation de la douleur par le travail. Au total, seul un résultat était significatif, à savoir l'autoévaluation des contraintes physiques lourdes au travail ($p=0,023$). Pour le Qutenza® en particulier, nous n'avons pas montré de bénéfice entre le début et la fin du traitement sur la reprise de l'activité.

Discussion : Cette étude n'a pas permis de démontrer de bénéfice du Qutenza® sur le maintien en emploi sur des indicateurs objectifs, et avec une puissance limitée. Une variable subjective suggère un bénéfice sur le maintien en emploi pour 27% des répondants.

Introduction

1. Contexte

En France les études socio-démographiques basées sur la population montrent que, dans la population générale la prévalence de la douleur chronique (dont la définition est une douleur quotidienne présente depuis au moins 3 mois) modérée à sévère est de presque 20%, dont environ 22% des patients présentent des douleurs neuropathiques (1) (définition ci-après, paragraphe 2.1), soit environ 7% à 10% de la population générale (2-3). Dans cette proportion on estime à 60% le nombre de patients atteints de douleur neuropathique périphérique (4).

L'impact économique de la douleur également est quantifiable. Une étude transversale européenne incluant 3956 patients atteints de douleurs neuropathiques a démontré **l'impact majeur des douleurs neuropathiques chroniques sur le travail, avec 43% de ces patients rapportant des perturbations dans leur emploi.** Parmi elles : devoir réduire son temps de travail (16%), devenir invalide (17%), ou perdre son travail ou prendre une retraite anticipée (9%) (5). Une autre étude Européenne montre qu'en France 27% des patients atteints de douleur neuropathique ont été contraints par la douleur neuropathique d'être mis en arrêt de travail à un moment donné et que la moyenne de ces arrêts de travail est de 20,7 mois (6).

L'arrêt de travail entraîne des conséquences négatives sur le travailleur comme, l'inactivité l'isolement social, ou la fluctuation sur l'humeur (7). Rueda et al. dans une revue systématique des effets bénéfiques du retour au travail sur la santé ont conclu que le retour au travail est bénéfique pour la santé tandis qu'une période prolongée sans emploi est nocive (8). Le retour au travail peut donc être thérapeutique.

Le Qutenza® est un patch à haute concentration de capsaïcine (8%). C'est un dispositif transdermique antalgique qui a l'AMM (autorisation de mise sur le marché) dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes, seul ou en association avec d'autres antalgiques (9-10). Il est actuellement indiqué en 2ème intention (11-12). Il montre un excellent ratio risque/bénéfice, de par son mode d'administration il est bien toléré et montre une efficacité continue et sans danger dans le traitement à long-terme (13). De plus il présente peu d'effets indésirables (13-14-15-16). **Cependant il n'existe pas à notre connaissance de données dans la littérature évaluant s'il permet d'agir sur le maintien ou le retour à l'emploi chez les personnes traitées.**

C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés au maintien en emploi des personnes atteintes de douleurs neuropathiques périphériques traitées par Qutenza®.

2. Définitions

2.1. Définition de la douleur

La douleur peut être définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion » définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP).

2.1.a Définition de la douleur neuropathique

Selon Patrice Baud (17) « **la douleur neuropathique est une douleur consécutive à une lésion du système nerveux périphérique ou central** ». Elle peut survenir en l'absence de **stimulation nociceptive périphérique**. Elle arbore le plus souvent des caractéristiques cliniques spécifiques qui les distinguent de toutes les autres douleurs à savoir :

- L'absence de lésion tissulaire évolutive
- La survenue très fréquente des phénomènes douloureux post-lésionnels après un intervalle libre
- La topographie douloureuse systématisée en rapport avec la lésion neurologique concordant très souvent avec un déficit partiel ou complet d'une modalité sensitive (symptômes négatifs)
- Une séméiologie clinique stéréotypée associant des symptômes douloureux élémentaires et provoqués (symptômes positifs)

Elle peut être aiguë ou chronique selon qu'elle dure moins de 3 mois (aiguë) **ou plus de 3 mois (chronique)** selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) (18).

Les douleurs neuropathiques peuvent être classées en 2 grands types : périphériques et centrales.

2.1.b Définition de la douleur neuropathique périphérique

Toujours selon Patrice Baud (17) les douleurs neuropathiques périphériques sont caractérisées par « **l'existence d'une lésion du système nerveux périphérique en amont de la topographie douloureuse** ». Selon la topographie, la lésion peut concerner un plexus (arrachement du plexus brachial), une racine (radiculopathie post sciatique ou zostérienne), un tronc nerveux (lésion du nerf cubital au coude) ou être plus diffuse (polyneuropathies). Les étiologies les plus fréquentes en France sont :

- Les douleurs post zostériennes

- Les lésions nerveuses post traumatiques ou post chirurgicales
- Les compressions radiculaires chroniques par arthrose ou hernie discale
- Les neuropathies périphériques en particulier liées à des troubles métaboliques (diabète, éthylisme) ou à l'action neurotoxique des antimitotiques ou des antiviraux
- Les douleurs du moignon après amputation
- Les avulsions plexiques.

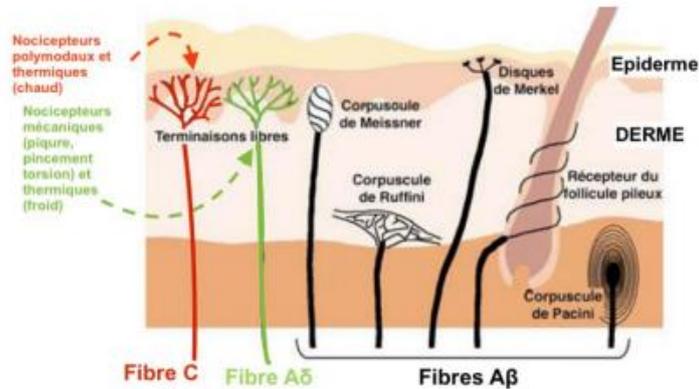
3. Rappels sur la douleur

La douleur est une expérience qui est souvent décrite selon 4 composantes : Sensori-discriminative (qualité, intensité, durée et localisation), affective et émotionnelle (retentissement sur les affects), cognitive (sens donné à la douleur) et comportementale (plaintes, cris, prostration).

Parmi les récepteurs nociceptifs, nombreux dans la peau on distingue (Figure 1) :

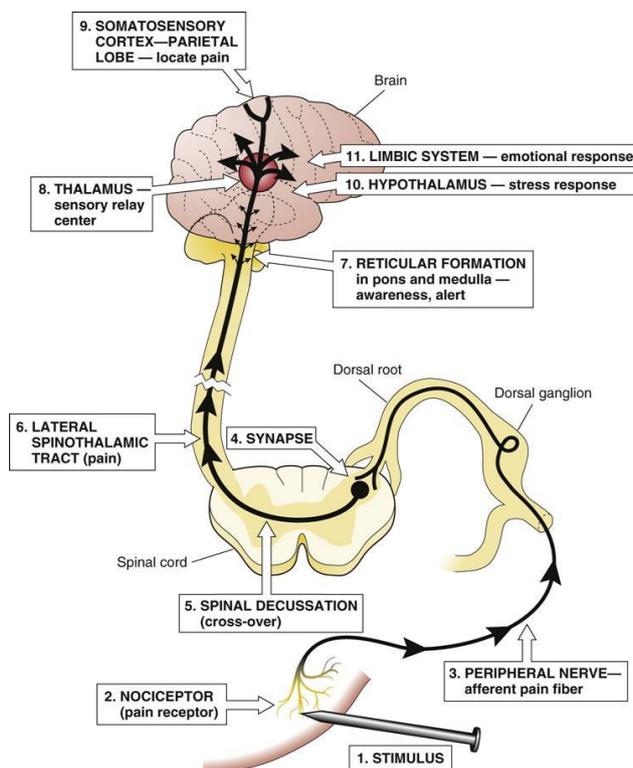
- Les nocicepteurs mécanique, thermique et chimique : terminaisons libres de fibres nerveuses attachées aux fibres C (amyéliniques de petit calibre). Ils transmettent des stimuli mécaniques, thermiques et chimiques. Ils sont responsables d'une sensation durable et peu précise.
- Les mécano nocicepteurs attachés aux fibres A δ (fibres lentes peu myélinisées de moyen calibre). Ils transmettent des stimuli intenses de nature mécanique (piqûre, coupure, pincement...). Ils sont responsables d'une sensation brève et précise. Ils sont sensibles aux stimuli thermiques chaud et froid.
- Les récepteurs TRPV1A impliqués essentiellement dans la modulation et la transmission des signaux douloureux. On les retrouve principalement aux extrémités périphériques des neurones sensitifs de petit calibre (fibres C) de la peau et des muqueuses (22). Le message se traduit alors par une sensation de brûlure de piqure ou de prurit.

Figure 1 : Les nocicepteurs cutanés (21)



Le signal de la douleur démarre par l'activation d'un récepteur nociceptif suite à une stimulation directe (lésion tissulaire) ou indirecte (substances algogènes endogènes libérées en cascade suite à la lésion tissulaire). Le message mécanique, thermique, ou chimique nociceptif est traduit en message nerveux (transduction). Celui-ci est ensuite transporté par les fibres périphériques jusqu'à la corne postérieure de la moelle (conduction) puis l'information nerveuse passe d'une synapse à une autre (transmission). Des réseaux d'interneurones et des voies descendantes modulent les messages nerveux nociceptifs, en facilitant ou inhibant l'information nociceptive (modulation).

Figure 2 : les voies de la douleur (21)



4. Diagnostic de la douleur neuropathique

Le diagnostic syndromique de « douleur neuropathique » est fondé uniquement sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Ainsi aucun examen complémentaire n'est nécessaire (19). Elle peut se caractériser par des douleurs spontanées permanentes (brûlure, froid douloureux, étai ou compression) ou bien paroxystiques (décharges électriques, coup de poignard, élancement) ou encore des douleurs provoquées par la stimulation (19). Les données de l'interrogatoire ainsi que certains signes cliniques orientent vers une origine neuropathique de la douleur : hyperalgésie, anesthésie, allodynie, paresthésie, hypoesthésie, dysesthésie (Annexe 2). Le diagnostic est facilité par des questionnaires comme le DN4 (Annexe 4). Ce score est validé en pratique clinique et permet de suggérer la nature neuropathique du syndrome douloureux avec une sensibilité de 83% et une spécificité de 90%. Il s'agit de 10 items répartis en 7 questions d'interrogatoire et 3 items relevant de l'examen clinique. Le diagnostic est positif en cas de score supérieur ou égal à 4/10 (20).

5. Traitement de la douleur neuropathique périphérique focale

La SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur) a élaboré en 2020 des recommandations concernant les douleurs neuropathiques chroniques en considérant l'ensemble des approches thérapeutiques validées des douleurs neuropathiques (11).

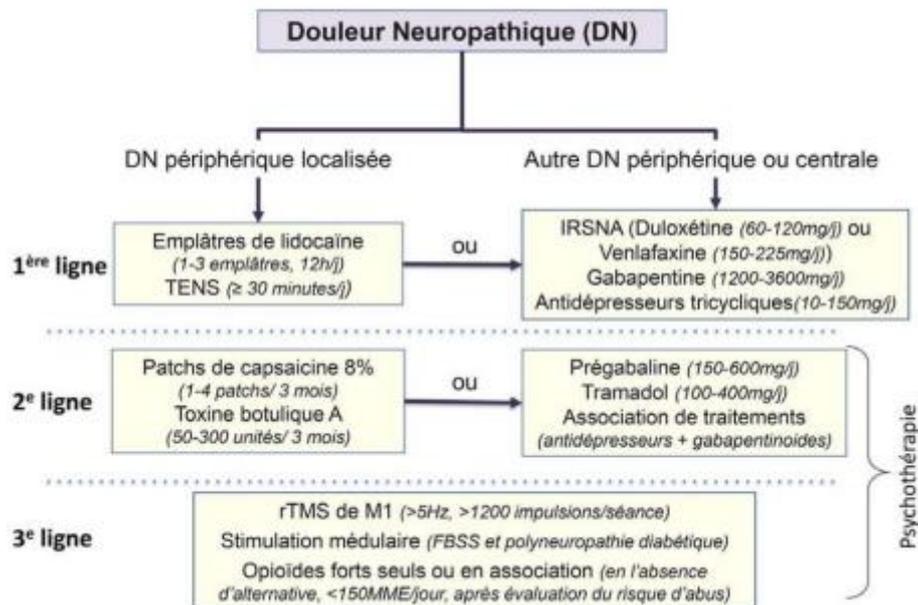
- Première ligne de traitement

Dans la douleur neuropathique périphérique, particulièrement si la zone douloureuse est peu étendue et qu'il existe une sensibilité résiduelle, les patchs de lidocaïne sont indiqués en première intention. La stimulation électrique transcutanée (TENS) est également préconisée. Ces deux thérapeutiques ont les mêmes effets indésirables principaux à savoir l'irritation cutanée et l'allergie. Elles peuvent être utilisées seules ou en association avec des traitements systémiques. (11)

- Deuxième ligne de traitement

En deuxième ligne de traitement sont indiqués les patchs de capsaïcine à haute concentration (8%) et la toxine botulique mais qui n'a pas d'AMM en France pour cette indication. (11) Quant aux psychothérapies de type thérapie cognitivo-comportementale et thérapie pleine conscience, elles sont préconisées en association avec les traitements pharmacologiques. (11)

Figure 3 : Algorithme thérapeutique proposé pour la prise en charge de la douleur neuropathique de l'adulte. (11)



TENS : transcutaneous electrical nerve stimulation ; IRSNA : antidépresseur inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; rTMS : repetitive transcranial magnetic stimulation.

6. Qutenza®

6.1. Présentation

Le Qutenza® est un dispositif transdermique antalgique composé de capsaïcine (trans-8-methyl-N-vanillyl-6-nonenamide), protoalcaloïde de la famille des vanilloïdes extraite du piment rouge. En France il est commercialisé par le laboratoire GRUNENTHAL® (Aix-la-Chapelle). Son AMM a été délivrée par la Commission Européenne le 15 mai 2009 pour l'Europe et sa commercialisation en France date de Juin 2011 (21). Chaque patch mesure 14 x 20 cm (280 cm²) et contient au total 179 mg de capsaïcine, soit 640 microgrammes de capsaïcine par cm² de patch. C'est un dispositif à usage unique qui a la capacité d'être adapté en le découpant aux dimensions et à la forme de la zone à traiter. Le patch présente une face adhésive qui contient la substance active et une face externe constituée d'une couche de support. Une boîte contient un sachet de Qutenza® et un tube de gel nettoyant (50 g) (9). Son prix est de 235€.

6.2. Mécanisme d'action (figure 4)

La capsaïcine est un agoniste hautement sélectif du récepteur TRPV1A. Il s'agit d'un canal cation polymodal qui n'est pas sélectif, de la famille TRP, impliqué essentiellement dans la modulation et la transmission des signaux douloureux. Sa distribution dans les tissus est diverse, principalement élevée aux extrémités périphériques des neurones sensitifs de petit calibre (fibres C) de la peau et des muqueuses (22). La capsaïcine active les nocicepteurs cutanés exprimant le TRPV1, provoquant un fort afflux de calcium dans le cytoplasme de la fibre nerveuse. S'ensuit une dépolarisation transitoire puis la génération d'un potentiel d'action qui remonte le long de la moelle épinière au cerveau. Le message se traduit alors par une sensation de brûlure de piqure ou de prurit.

6.3. Effet antalgique du Qutenza® (figure 5 et 6)

Lorsque la concentration de capsaïcine (Qutenza®) est élevée ou qu'il existe une exposition prolongée à de faibles doses de capsaïcine, on peut obtenir un effet antalgique par deux phénomènes distincts. L'un est précoce, l'autre retardé.

6.3.a Action antalgique précoce du Qutenza®

L'effet antalgique précoce du Qutenza® est provoqué par l'afflux de charges positives dans le cytoplasme qui entraîne la dépolarisation durable de la membrane axonale et empêche ainsi la propagation de l'influx électrique.

6.3.b Action antalgique retardée du Qutenza® (Figures 5 et 6)

S'il y a stimulation répétée et prolongée du TRPV1, la capsaïcine provoque une rétraction de l'extrémité distale des fibres nerveuses de l'épiderme et du derme. Ceci est une conséquence de la destruction des mitochondries par :

- Un œdème osmotique de l'extrémité nerveuse
- L'inhibition directe de la chaîne respiratoire
- L'activation d'enzymes protéolytiques à savoir les protéases (enzymes calcium-dépendantes) qui induisent une dépolymérisation des microtubules. Ainsi la destruction des microtubules empêche le transport axonal et le transport des composants neuronaux à son extrémité.

La destruction des extrémités nerveuses est temporaire, elles régénèrent après 3 à 6 mois en moyenne (23-24).

Figure 4 : Activation du TRPV1 par la capsaïcine (mécanisme d'action) (25)

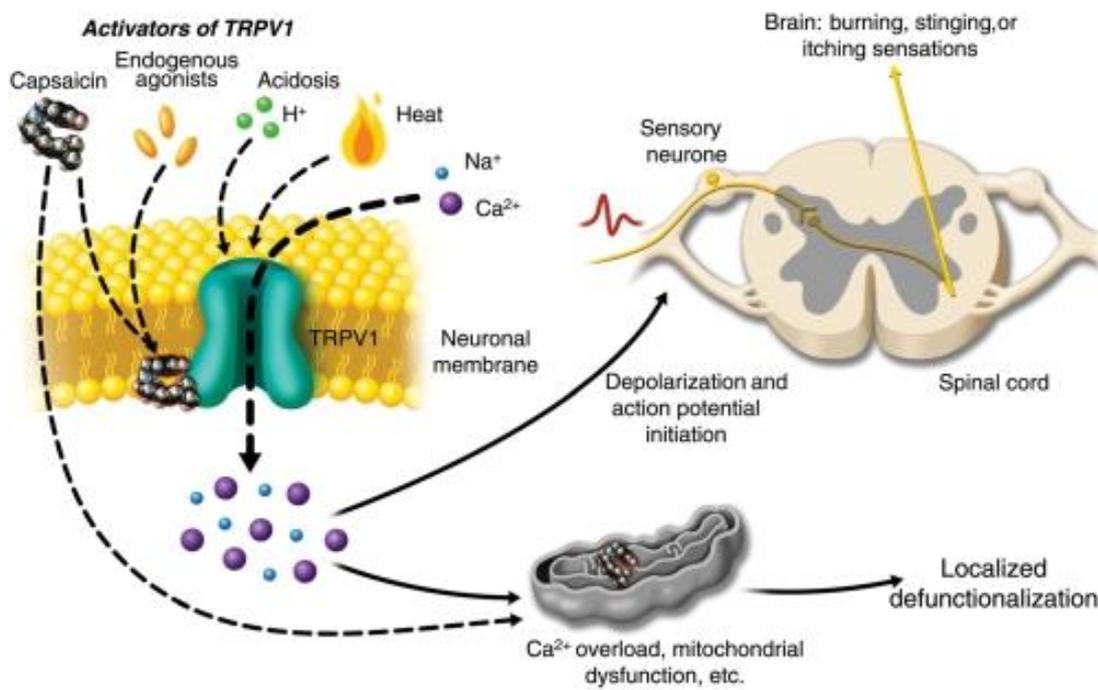


Figure 5 Désensibilisation en cas de stimulation répétée et prolongée (mécanismes d'action) (25)

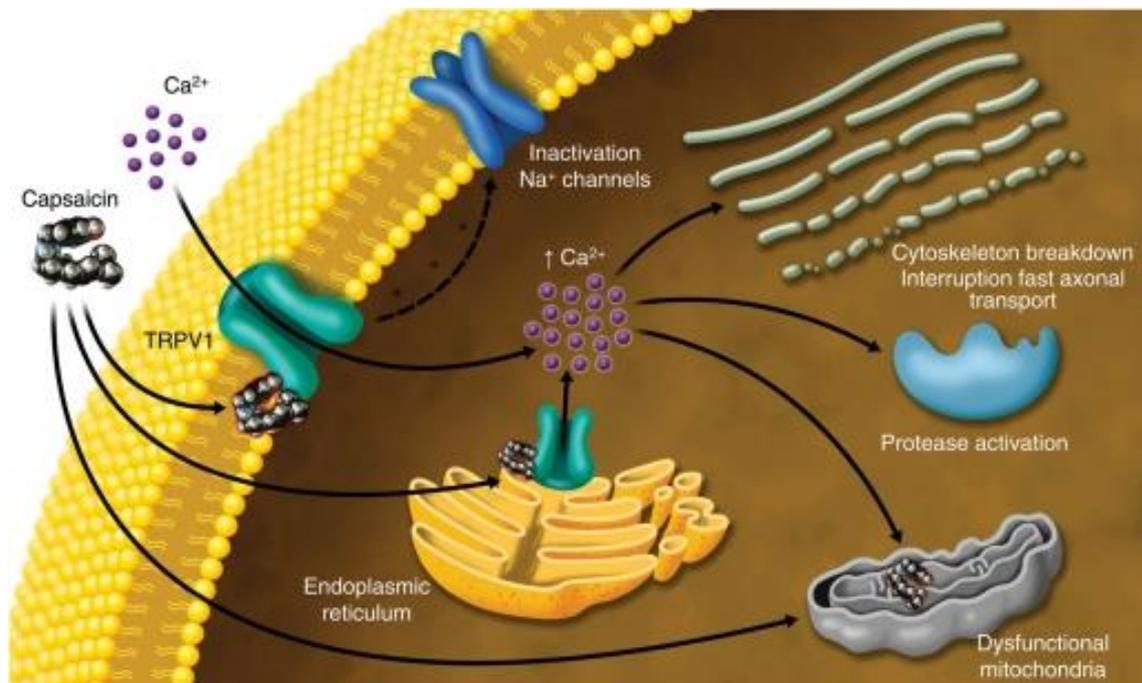
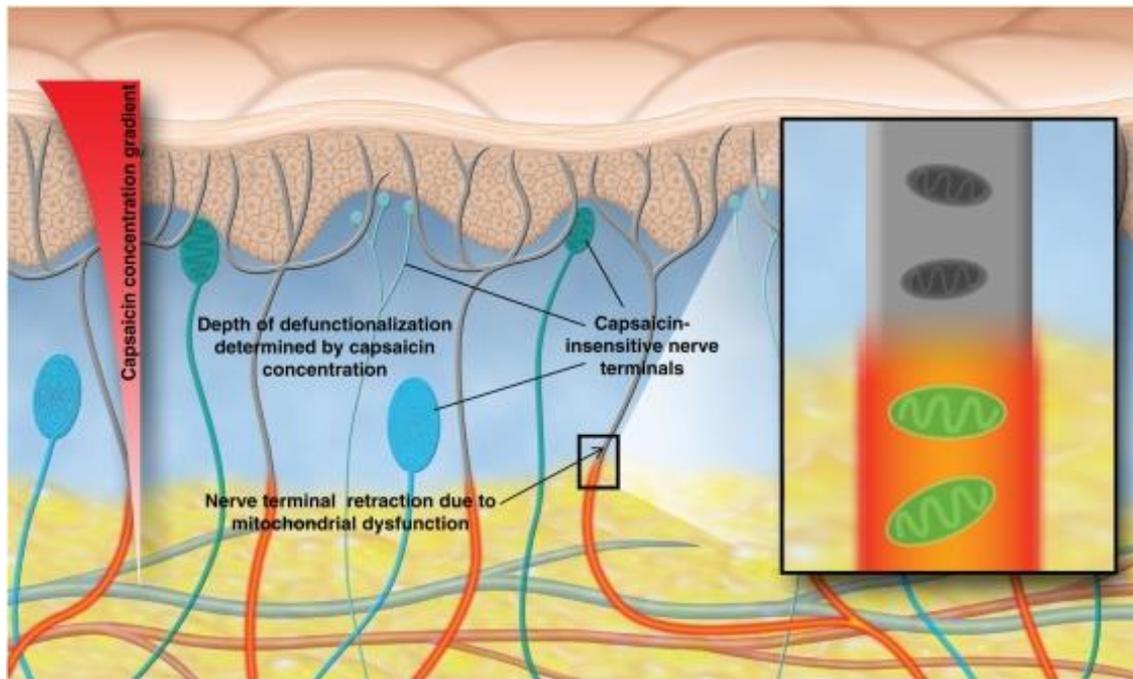


Figure 6 Rétraction de l'extrémité distale des fibres nerveuses de l'épiderme et du derme (mécanismes d'action) (25)



6.4. Pharmacocinétique

Dans le dispositif transdermique Qutenza® la vitesse de libération de la capsaïcine est linéaire pendant le temps d'application. Elle est proportionnelle à la durée d'application. L'épiderme et le derme absorbent environ 1% du principe actif durant une pose d'une heure. La dose totale maximale possible est estimée à environ 7 mg par heure pour une surface d'application de 1000 cm². Ainsi chez des patients traités pendant 60 minutes la concentration plasmatique de capsaïcine la plus élevée détectée a été de 4,6 ng/ml. On note que chez les patients traités pendant 60 et 90 minutes les taux plasmatiques atteignent un pic à environ 20 minutes après le retrait de Qutenza®. On a observé la plupart des taux quantifiables dans le sang au moment du retrait de Qutenza®, avec dans les 3 à 6 heures suivantes, une forte tendance à disparaître. (10)

6.5. Indications

L'AMM du Qutenza® concerne le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez l'adulte, seul ou en association avec d'autres antalgiques. C'est actuellement un traitement de 2ème intention et plus. Il doit être prescrit sur avis d'un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur. (9-10)

6.6. Contre-indications

Le Qutenza® est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients (macrogol 300, eau purifiée, carbomère, édétate disodique, hydroxyde de sodium (E524), et butylhydroxyanisole (E320)) (9).

6.7. Effets indésirables

Dans des essais randomisés et contrôlés, sur 1826 patients traités par Qutenza®, 1089 (59,6%) ont eu des effets indésirables considérés par l'investigateur comme étant liés au médicament. Les effets indésirables les plus souvent rapportés sont une douleur, une sensation de brûlure, un érythème ($\geq 1/10$) ou de façon moins fréquente, un prurit, un œdème, des papules, des vésicules, ou une sècheresse (entre 1/10 et 1/100) (26). L'intensité de ces effets indésirables est légère à modérée, ils sont localisés à la zone d'application et transitoires (c'est-à-dire résolutifs dans la semaine suivante). Une pression artérielle augmentée a pu être observée et considérée comme secondaire à la douleur induite au site d'application du Qutenza®. Cette augmentation a été en moyenne inférieure à 8 mmHg mais elle impose la surveillance de la pression artérielle pendant et après l'application du patch. Dans toutes les études contrôlées, le taux de patients ayant arrêté précocement le traitement à cause d'effets indésirables atteint 2% chez les patients traités par Qutenza® et 0,9% chez les patients dans le groupe témoin. Par ailleurs, il est à noter que le tube de gel nettoyant pour Qutenza® contient 0,2 mg/g de butylhydroxyanisole (E320), qui a la capacité de provoquer des réactions cutanées locales (dermatite de contact) voire une irritation des muqueuses et oculaire (9-10).

6.8. Données règlementaires

Il est possible de répéter les applications de Qutenza® tous les 90 jours en cas de persistance ou de réapparition de la douleur. Un renouvellement de traitement plus précocement (en respectant un minimum de 60 jours) ne peut être envisagé qu'après une évaluation minutieuse par le médecin (9). Il n'y a pas de données disponibles en population pédiatrique. Les données disponibles chez la femme enceinte sont limitées, aussi Qutenza® ne sera prescrit qu'avec prudence chez la femme enceinte. Il convient d'arrêter l'allaitement en cas de traitement par Qutenza®. En cas d'insuffisance rénale ou hépatique aucun ajustement posologique n'est nécessaire. La Commission de Transparence de la HAS a jugé en Février 2018, que le Qutenza avait un « intérêt clinique insuffisant pour justifier son remboursement dans les douleurs neuropathiques périphériques chez les patients diabétiques en raison d'une efficacité faible, non cliniquement pertinente, et démontrée uniquement versus placebo. » (27)

6.9. Protocole d'utilisation

Le Qutenza® est réservé à un usage hospitalier. Il doit être appliqué par un médecin ou par un professionnel de santé sous la supervision d'un médecin. Il est nécessaire de porter des gants en nitrile à chaque manipulation de Qutenza® et lors du nettoyage des zones traitées. Le port d'un masque et de lunettes de protection est également recommandé. Qutenza® doit être administré dans une zone de soin correctement ventilée. Il est possible de prétraiter la zone d'application par un anesthésique topique qui sera ensuite rincée et séchée. Le médecin ou le professionnel de santé délimite ensuite la zone douloureuse puis procède à l'application de Qutenza® (à raison de 4 patchs par application au maximum) sur une peau sèche et non lésée. On procède à la pose de glace sur la zone traitée avant pendant et après la pose du patch pour diminuer la sensation de brûlure. La durée d'application conseillée est de 60 minutes sauf pour les pieds pour laquelle elle est de 30 minutes. Après retrait du patch, il convient d'appliquer puis essuyer le gel nettoyant. La zone traitée sera ensuite lavée à l'eau et au savon (9-10).

7. Maintien en emploi

7.1. Facteurs prédictifs de retour au travail

Les travailleurs avec une maladie chronique accordent généralement de la valeur à leur travail, principalement car il les rend financièrement indépendant, leur apporte du contact social et leur permet de faire partie intégrante de la société. (28) . Ainsi certains facteurs sont identifiés dans la littérature comme prédictif d'un retour au travail (29-30-31-32) : ils sont rappelés au sein de l'encart 1 ci-dessous.

Encart n°1. Facteurs prédictifs d'un retour au travail établis dans la littérature

Facteurs liés à l'individu

- le jeune âge
- un niveau d'études et un statut professionnel élevés
- des revenus du ménage faible
- le soutien de la part de la famille
- la pensée subjective de se sentir capable de travailler
- une grande valeur accordée au travail

Facteurs en lien avec la pathologie et l'arrêt

- des scores bas de dépression ou la diminution de ces scores
- une intensité basse des douleurs
- le fait que les douleurs soient reconnues par l'entourage

- une durée courte d'arrêt de travail

Facteurs en lien avec le travail et la gestion de la problématique maintien en emploi

- la présence de procédures facilitant la reprise du travail
- la capacité du poste de travail à être adaptée
- la capacité à adapter ses horaires de travail et ses tâches
- la capacité d'obtenir de l'aide pour répondre aux exigences liées au travail

A contrario, certains facteurs personnels et sociétaux sont prédictifs d'un allongement de l'arrêt de travail voire d'un non-retour au travail (29-30-31-32) :

Encart n°2. Facteurs prédictifs d'un allongement de l'arrêt de travail voire d'un non-retour au travail

Facteurs liés à l'individu

- le sexe féminin
- un âge élevé (>50 ans)
- une démotivation (subjective)
- un faible niveau d'étude ou une absence de formation
- l'isolement social
- mauvaise santé perçue
- surpoids
- symptomatologie anxieuse et/ou dépressive
- le pronostic personnel plus ou moins bon du salarié par rapport au retour au travail (d'ailleurs étroitement lié au sentiment d'efficacité personnelle)

Facteurs en lien avec la pathologie et l'arrêt

- la sévérité de l'incapacité fonctionnelle
- un arrêt de travail prolongé
- des pathologies associées
- la demande d'indemnisation en accident du travail ou maladie professionnelle
- la demande ou l'acceptation d'une invalidité
- des indemnités d'incapacités de travail élevées et prolongées
- un chômage souvent de l'ordre de 4 à 5 ans

Facteurs en lien avec le travail et la gestion de la problématique maintien en emploi

- des antécédents d'absence du travail répétés et/ou prolongés (>3 mois)
- un travail physique lourd
- l'exposition à des contraintes biomécaniques
- une précarité d'emploi
- le fait de se sentir ou non bienvenu en cas de retour au travail
- l'inadéquation du salaire
- l'inadéquation entre les attentes des employés et des employeurs en matière de retour au travail
- un contexte professionnel psychosocial (faible contrôle sur le travail, faible soutien social, conflit interpersonnel).
- une incitation de l'encadrement et des collègues à bien se soigner avant de reprendre son poste peut également allonger le délai de retour au travail

A noter que la nature de la déficience représente l'élément le moins prédictif du succès ou de l'échec d'un parcours de retour au travail (31).

7.2. Outils à disposition du médecin du travail

Depuis la loi du 11 octobre 1946 avec la création des services de santé au travail, les médecins du travail sont chargés du suivi médical des salariés. Le rôle du médecin du travail est de prévenir toute altération de la santé mentale ou physique des salariés du fait de leur travail.

Le retour au travail des patients atteints de douleurs neuropathiques chroniques est un enjeu de taille. Pour la qualité de vie du patient mais également pour la société. Le rôle du médecin du travail est donc primordial de par sa connaissance à la fois du poste de travail avec ses différentes exigences, de la pathologie et du pronostic fonctionnel, du retentissement de la pathologie sur le patient mais aussi des potentielles indemnités sociales auxquelles il peut prétendre (indemnité journalière, invalidité, consolidation, retraite). Concernant la douleur chronique, des phénomènes d'appréhension de la récurrence et de majoration de la douleur peuvent davantage compliquer la reprise d'activité, et il convient également de prendre en compte les effets secondaires des antalgiques à risque de perturber la vigilance avec les problématiques qui en découlent (poste à risque : responsabilité, conduite, travail en hauteur).

Afin de permettre le maintien dans l'emploi du salarié dans les meilleures conditions qui soient compatibles avec son état de santé plusieurs outils sont à la disposition du médecin du travail.

7.2.a Visite de pré-reprise

Depuis le 31/03/2022 selon l'article R4624-29 (33) cette visite de pré-reprise peut être demandée après un arrêt de plus de 30 jours (contre un arrêt de plus de 3 mois auparavant) et peut être soit à l'initiative du patient lui-même soit du médecin traitant soit du médecin conseil soit depuis le 31/03/2022 à l'initiative du médecin du travail selon l'article Article L4624-2-4 (34).

Elle a pour but d'anticiper au mieux le retour du travailleur à son poste. Elle permet au médecin du travail de faire le point sur l'état de santé du salarié et d'anticiper les éventuelles difficultés qui pourraient avoir lieu lors de la reprise du travail. Il peut alors préconiser des aménagements et adaptations du poste de travail, ou des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le retour au travail, le reclassement du salarié ou encore sa réorientation professionnelle. Sauf opposition du salarié ces recommandations sont transmises à l'employeur et au médecin conseil. (Article R.4624-30 du code du travail) (35). Cela permet de diminuer le nombre de situations problématiques pour le salarié et l'employeur, et de surcroît, coûteuses pour la société (arrêts de travail prolongés, perte de confiance par rapport à la reprise du travail, aggravation de l'état psychique, conflit avec l'employeur).

Ainsi la HAS (32) recommande que tous les salariés puissent être informés de l'existence de cette visite de pré-reprise afin de favoriser le retour au travail et la prévention de la désinsertion professionnelle.

7.2.b Visite de reprise

Depuis le 28 avril 2022 une visite de reprise est obligatoire après tout arrêt de travail de plus de 60 jours (contre 30 jours auparavant) et après tout arrêt de travail lié à une maladie professionnelle quelle qu'en soit la durée, et également après tout arrêt de travail de plus de trente jours liés à un accident de travail. (Article R. 4624-31 du code du travail) (36). Elle a lieu dans les huit jours suivant la reprise effective du travail. A l'issue de cette visite, le médecin du travail se prononce sur l'aptitude au poste et préconise les aménagements, ou le reclassement, si nécessaires. Dans le cas où une visite de pré reprise a déjà eu lieu, le médecin

du travail tient compte des propositions émises par l'employeur. Le médecin du travail a également la possibilité d'émettre des restrictions au poste de travail s'il estime que le salarié ne peut pas effectuer l'entièreté des tâches de son poste de travail. Il peut ainsi rédiger des avis restrictifs quant au port de charges lourdes ou la conduite de véhicule par exemple.

7.2.c Aménagement du poste de travail

Un tiers du temps du médecin du travail est réservé pour des activités en entreprise. Dans le cadre de ce tiers temps, il se rend dans les entreprises et a ainsi l'occasion d'analyser les différents postes de travail et de réaliser l'évaluation des risques associés. Il peut ainsi conseiller l'employeur et le salarié afin d'aménager le poste le plus ergonomiquement possible, en collaboration avec les membres de son équipe pluridisciplinaire. Le but étant de prévenir l'apparition de pathologies en lien avec le travail (prévention primaire).

Lorsque le salarié est déjà atteint d'une pathologie, le médecin du travail, après avoir réalisé une étude de poste, est en position de faire des préconisations d'aménagement du poste de travail à l'employeur. Ceci afin de permettre un maintien au poste du salarié dans les meilleures conditions (prévention secondaire). L'aménagement du poste peut être matériel (modification des sièges, diminution de la hauteur des plans de travail, mécanisation du port de charges...) ou organisationnel (modification des horaires, réorganisation de la répartition des tâches...)

7.2.d Fiche d'entreprise

Selon l'article R.4624-37 (37) du code du travail, le médecin du travail ou son équipe pluridisciplinaire a l'obligation de rédiger une fiche d'entreprise pour chacune des entreprises qui lui sont attribuées. Ce document comporte entre autres les risques professionnels présents dans l'entreprise avec les effectifs de salariés qui y sont exposés. Le médecin du travail peut donc s'appuyer sur ce document pour faire ses préconisations d'aménagements de poste et favoriser ainsi le maintien dans l'emploi. La fiche d'entreprise est transmise à l'employeur et présentée au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ou, à défaut, aux délégués du personnel (article R.4624-39 du code du travail) (38).

7.2.e Le rendez-vous de liaison

Depuis le 31/03/2022 selon les articles R4624-33-1 (39) et L1226-1-3 (40) du code du travail peut s'organiser un rendez-vous de liaison entre le salarié et l'employeur, associant le service de prévention et de santé au travail (SPST). Ce n'est pas un rendez-vous médical, il concerne tout salarié dont le contrat de travail est suspendu en raison d'un arrêt de travail, continu ou discontinu, d'au moins 30 jours. Il est organisé soit à l'initiative de l'employeur soit du salarié. Cet échange a pour objectif de maintenir un lien entre l'employeur et le salarié absent. Il permet également de renseigner le salarié sur les outils qui lui sont accessibles pour prévenir la désinsertion professionnelle tels que :

- des actions de formation, d'accompagnement et de conseil auxquelles la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) participe (telles que prévues à l'article L.323-3-1(41) du Code de la Sécurité sociale : convention de rééducation professionnelle et essai encadré)
- la possibilité de disposer de mesures d'aménagement de son poste et du temps de travail.
- l'existence d'un examen de pré-reprise (prévu à l'article R.4624-29 (33) du Code du travail)

La présence du SPST n'est pas obligatoire, il participe « en tant que de besoin » au rendez-vous de liaison. Le ministère chargé du Travail précise que le SPST peut :

- préparer des documents informatifs sur le rôle de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), sur les visites de pré reprise et plus largement sur les outils à disposition du salarié en faveur du maintien en emploi
- assister au rendez-vous lorsque la situation du salarié le nécessite, par le biais d'un des membres de l'équipe pluridisciplinaire ou de la cellule PDP

7.2.f La cellule pluridisciplinaire de Prévention de la Désinsertion Professionnelle

Depuis la loi du 2 août 2021 la cellule pluridisciplinaire de PDP est obligatoire au sein des SPST interentreprises. (Article L4622-8-1 du code du travail) (42). Sa vocation est d'apporter aux situations individuelles des travailleurs suivis, des solutions personnalisées et de proximité, regroupées dans un plan de retour à l'emploi.

Ainsi, la cellule pluridisciplinaire de PDP est chargée :

- de proposer des actions de sensibilisation
- d'identifier les situations individuelles

- de proposer, en lien avec l'employeur et le travailleur, les mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou d'aménagement du temps de travail
- de participer à l'accompagnement du travailleur éligible au bénéfice des actions de PDP

7.2.g L'essai encadré

Selon les articles D323-6 à D323-6-7 du code du travail (43) tout salarié relevant du régime général et en arrêt de travail peut bénéficier d'un essai encadré sur un poste de travail adapté à ses restrictions médicales. Ce dispositif permet au salarié de tester son aptitude à reprendre son ancien poste ou à un nouveau poste, avec ou sans aménagement, voire de préparer une reconversion professionnelle.

L'essai peut s'effectuer dans l'entreprise du salarié aussi bien que dans une autre entreprise, si c'est justifié par le projet de reclassement ou que le poste ou les aménagements à tester n'existent pas dans l'entreprise d'origine.

En principe la mobilisation du dispositif s'effectue à la demande du salarié après une évaluation globale de sa situation par le service social de l'Assurance maladie, et en accord avec les différents médecins concernés (médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail assurant le suivi du salarié). Il peut aussi être suggéré par le service social de l'Assurance maladie, les SPST, ou par un organisme de placement spécialisé dans l'accompagnement ou le maintien en emploi des personnes handicapées. Sa durée maximale est de 14 jours ouvrables, en continu ou fractionnables. Il est renouvelable une fois dans la limite de 28 jours. Le salarié continue durant son essai de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale. Aussi l'entreprise dans laquelle l'essai encadré est réalisé ne verse pas de rémunération.

7.2.h La convention de rééducation professionnelle en entreprise

La convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) est un dispositif qui a pour objectif de faciliter le retour à l'emploi d'un salarié qui ne peut pas (déclaré inapte) ou risque de ne pas pouvoir (identification d'un risque d'inaptitude lors de la visite de pré-reprise) reprendre son activité à l'issue d'un arrêt de travail. La CRPE peut être proposée avant la fin de l'arrêt de travail par les SPST, le service social de l'assurance maladie, ou encore par les organismes spécialisés dans le maintien en emploi des personnes en situation de handicap. Le but est de réaccoutumer le bénéficiaire à son poste, ou de le former à un

nouveau métier que ce soit dans son entreprise d'origine ou dans une autre entreprise via des formations pratiques tutorées (Article L1226-1-4) (44).

L'accès à ce dispositif se fait à la demande de l'assuré, après l'accord du médecin traitant/prescripteur et la validation de sa caisse d'assurance maladie. La CRPE est conclue entre le salarié, l'entreprise (qui peut être l'employeur habituel ou une entreprise d'accueil) et la caisse d'affiliation de l'assuré (Article L5213-3-1) (45). Sa durée maximale est de 18 mois, déterminée en tenant compte, s'il y a lieu, de la durée de l'arrêt de travail qui a précédé sa mise en place. À la fin de la CRPE, le bénéficiaire a la possibilité de réintégrer son entreprise d'origine à son poste ou à un autre poste équivalent, ou bien être recruté par l'entreprise d'accueil.

Comme la conclusion d'une CRPE n'entraîne ni suspension, ni rupture du contrat de travail, le salarié est rémunéré pendant toute la durée de sa réalisation. Le salaire est alors partagé entre l'Assurance maladie et l'employeur (article L5213-15) (46) :

- l'Assurance maladie verse des indemnités journalières (IJ) dont le montant est égal à celui perçu pendant l'arrêt de travail précédant la signature de la convention.
- concernant l'employeur, il complète les IJ versées de manière à ce que la rémunération perçue par le salarié soit égale au salaire qu'il recevait avant l'arrêt de travail précédant la mise en place de la CRPE.

7.2.i Le projet de transition professionnelle

Selon les articles L6323-16 à 6323-17-6 du code du travail (47) le projet de transition professionnelle vise à permettre à chaque salarié d'utiliser ses droits inscrits sur son compte personnel de formation (CPF) dans le but de financer des formations certifiantes en cohérence avec un nouveau projet professionnel, dès lors qu'il justifie d'une activité d'au moins deux ans consécutifs (dont un an minimum au sein de la même entreprise).

Par dérogation, les salariés bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ou qui ont changé d'emploi à la suite d'un licenciement pour motif économique ou pour inaptitude et n'ayant pas suivi de formation entre leur licenciement et leur nouvel emploi échappent à cette condition d'ancienneté.

Depuis le 31 mars 2022, les salariés ayant été en arrêt de travail ont eux aussi la possibilité de bénéficier de cette dérogation, sous réserve d'une durée minimale d'absence. Plus

précisément, la condition d'ancienneté de deux ans n'est pas requise si, dans les 24 mois qui précèdent la demande de projet de transition professionnelle, un salarié a connu une absence au travail résultant d'une maladie professionnelle ou une absence d'au moins 6 mois (consécutifs ou non) résultant d'un accident du travail, d'une maladie ou d'un accident non professionnel, quelle que soit la nature du contrat de travail. (Article D6323-9 du code du travail) (48).

Pour bénéficier de ce dispositif, le salarié doit, par écrit, demander une autorisation d'absence à son employeur. L'employeur doit répondre au salarié dans les 30 jours suivant la réception de la demande et l'absence de réponse vaut autorisation (Article R6323-10) (49).

Toutefois, l'employeur peut également :

- refuser d'accorder le congé en cas de non-respect des conditions de forme de la demande et d'ancienneté
- différer le congé, pour une durée maximale de 9 mois, s'il apparaît que l'absence nuit à la production et à la bonne marche de l'entreprise et/ou en cas de salariés simultanément absents (de manière à ce que dans un établissement de 100 salariés et plus, le pourcentage de salariés simultanément absents au titre du congé de transition professionnelle ne dépasse pas 2% de l'effectif total, et dans un établissement de moins de 100 salariés, le congé de transition professionnelle ne bénéficie qu'à un salarié à la fois) (Article R6323-10-1) (50).

Le report doit être justifié et avoir fait l'objet d'une consultation du comité social et économique (CSE) lorsque celui-ci existe.

Si l'absence est acceptée par l'employeur, le salarié fait une demande de prise en charge de son projet de transition professionnelle auprès de l'association Transitions Pro (ATpro) de sa région (lieu de résidence principale ou lieu de travail). Cette association est chargée d'instruire les demandes et de vérifier la cohérence et la pertinence du projet de transition professionnelle.

Durant la formation, le bénéficiaire prend le statut de stagiaire de la formation continue tout en restant salarié de l'entreprise. Son contrat de travail est donc simplement suspendu jusqu'à sa réintégration dans l'entreprise sur son poste de travail ou à un poste équivalent. Sous condition de son assiduité en formation, le bénéficiaire a droit à une rémunération mensuelle égale à un pourcentage de son salaire moyen (Article R6323-10-4) (51).

7.2.i Inaptitude

Lorsque le maintien au poste devient impossible au regard de l'état de santé et des capacités restantes du salarié, le médecin du travail enclenche une procédure dite d'inaptitude médicale au poste de travail.

Antérieurement au 1er janvier 2017, la procédure d'inaptitude s'effectuait en deux visites médicales distinctes de quinze jours au minimum. Dans le cas où une visite de pré reprise avait eu lieu moins de 30 jours avant la visite de reprise, elle pouvait tenir lieu de première visite et l'inaptitude était prononcée lors de la visite de reprise. Une 3^{ème} possibilité existait, permettant dans le cas d'un danger immédiat pour la santé ou la sécurité du salarié ou celles des tiers d'effectuer une inaptitude en une seule visite.

Depuis le 1er janvier 2017, la procédure d'inaptitude peut désormais s'effectuer en une seule visite, à condition que soient réunies les conditions suivantes :

- Il a été réalisé au moins un examen médical de l'intéressé
- Il a été réalisé une étude du poste de travail
- Il a été réalisé une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée
- Le médecin du travail a procédé par tout moyen à un échange avec l'employeur

S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin du travail réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le premier examen. La notification de l'avis médical d'inaptitude intervient au plus tard à cette date (article R.4624-42 du code du travail) (52). L'employeur va alors proposer des postes pour le reclassement du salarié en tenant compte des préconisations émises par le médecin du travail. Sauf dans le cas où l'avis d'inaptitude mentionne que « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » ou que « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ». Lorsque le reclassement est impossible ou que le salarié refuse les postes proposés, l'employeur réalise alors un licenciement pour inaptitude médicale au poste de travail.

7.2.j Autres mesures mobilisables

En dehors de ces outils à la disposition du médecin du travail, d'autres mesures sont mobilisables par le travailleur. Elles sont synthétisées dans le tableau 1 (53).

Tableau 1 Outils mobilisables par le travailleur pour la prévention de la désinsertion professionnelle (53)

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
DROIT COMMUN	Bilan de compétences	Aider à la construction d'un projet d'évolution ou de reconversion professionnelle et/ou confirmer un projet de formation.	Mobilisable au titre du plan de formation de l'entreprise ou du compte personnel de formation (CPF). Hors ou pendant le temps de travail.
	Formation	Accompagner un projet d'évolution ou de reconversion professionnelle.	Mobilisable au titre du plan de formation de l'entreprise ou du compte personnel de formation (CPF). Hors ou pendant le temps de travail.
	Télétravail	Aménager les situations de travail et contribuer à la qualité de vie au travail.	Mise en œuvre dans le cadre d'une charte ou d'un accord collectif d'entreprise ou, à défaut, d'un accord formalisé entre salarié et employeur.
ASSURANCE MALADIE	Indemnité temporaire d'invalidité (ITI)	Maintenir le versement de l'indemnité journalière accident du travail/maladie professionnelle (AT/MP), au salarié déclaré inapte, pendant la période d'étude du reclassement.	Lien entre l'inaptitude et l'accident du travail ou la maladie professionnelle reconnu à titre initial ou de rechute. Remise du CERFA par le médecin du travail au salarié pour transmission à la caisse d'assurance maladie. Versement de l'ITI par la caisse d'assurance maladie au maximum un mois entre le premier jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude et le jour du reclassement ou du licenciement pour inaptitude.
	Temps partiel thérapeutique (TPT)	Aménager temporairement le temps de travail, y compris lorsqu'il n'y a pas eu d'arrêt de travail pour maladie.	Prescription du médecin traitant ou d'un autre spécialiste. Négociation des modalités avec l'employeur et le médecin du travail.
	Reprise de travail léger	Aménager temporairement le temps de travail et/ou la charge de travail, par une reprise progressive de l'activité après un arrêt de travail d'origine professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle – AT ou MP).	Prescription du médecin traitant ou d'un autre spécialiste. Accord du médecin-conseil et de la caisse d'assurance maladie. Négociation des modalités avec l'employeur et le médecin du travail.
	Invalidité	Aménager durablement le temps de travail par une diminution du volume horaire. Compenser la perte de salaire engendrée par l'impossibilité de travailler ou la réduction du temps de travail pour raison de santé.	Prescription par le médecin traitant ou proposition du médecin-conseil. Après évaluation par le médecin-conseil de sécurité sociale et vérification des droits administratifs par la caisse d'assurance maladie. Classement en 3 catégories, selon évaluation du médecin-conseil, qui correspondent à un pourcentage d'indemnisation différent.
	Actions de remobilisation précoces	Élaborer et/ou mettre en œuvre un projet de maintien en emploi pendant l'arrêt de travail.	Actions de formation professionnelle continue et actions d'accompagnement, d'information et de conseil. Sur autorisation de l'Assurance maladie via l'accord du médecin traitant (CERFA) et avis du médecin du travail et de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. Maintien des indemnités journalières servies et couverture du risque AT/MP par la caisse d'assurance maladie.
	Essai encadré	Valider un projet de maintien en emploi pendant un arrêt de travail qui permet de : tester les capacités à reprendre le poste de travail ; tester un aménagement de poste ; tester un nouveau poste de travail ; valider des pistes de reconversion professionnelle.	Période en entreprise de 3 jours maximum en continu ou discontinu Sur autorisation de l'Assurance maladie via l'accord du médecin traitant (CERFA) et l'avis de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. Accord de l'entreprise d'accueil et du médecin du travail de cette dernière. Maintien des indemnités journalières et couverture du risque AT/MP par la caisse d'assurance maladie.
	Contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)	Accompagner un projet de maintien en emploi nécessitant de la formation « pratique » tutorée pour se réaccoutumer à l'exercice de l'ancien métier ou se former à un nouveau métier.	Contrat conclu entre la caisse d'assurance maladie, l'employeur et le salarié, pour une durée déterminée, renouvelable une fois dans la limite de 18 mois. Prise en charge à hauteur de 50 % de la rémunération brute par la caisse d'assurance maladie dans la limite du montant des indemnités journalières servies. Information de la DIRECCTE * de la signature du contrat.
MDPH **	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	Faire reconnaître son aptitude au travail en tenant compte des capacités et incapacités liées à la situation de handicap. Permettre de mobiliser les aides, mesures et services d'accompagnement visant à favoriser le maintien en emploi.	Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale et administrative. À l'avenir, la RQTH sera attribuée de façon définitive lorsque le handicap de la personne est irréversible.
	Centres de pré-orientation (CPO)	Définir et construire un projet professionnel en tenant compte des souhaits, aptitudes, potentiels et capacités de la personne.	Stage rémunéré, à temps plein, de 8 à 12 semaines. Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative.

	Mesure	Objectif	Modalités de mise en œuvre
MDPH ** (suite)	Centres / établissements de rééducation professionnelle (CRP)	Entraîner ou ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion professionnelle. Suivre une formation qualifiante précédée d'une « Préparatoire » si nécessaire.	Formations rémunérées et accompagnements. Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative.
	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS)	Définir et construire un projet professionnel, en milieu ordinaire ou protégé, en tenant compte des souhaits, aptitudes, potentiels et capacités de la personne.	Stage rémunéré, à temps plein, de 18 semaines. Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative.
	Dispositif d'emploi accompagné (DEA)	Permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré sur le marché du travail en bénéficiant d'un accompagnement médico-social et d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle.	Sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) après évaluation médicale, professionnelle et administrative. La mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du travailleur ainsi qu'un appui et un accompagnement de l'employeur.
	Prestation de compensation du handicap (PCH)	Aider à la prise en charge de certaines dépenses liées au handicap (par exemple, achat de prothèses auditives, aménagement du logement ou du véhicule, recours à une tierce personne...).	Aide financière personnalisée, modulable en fonction des besoins, versée par le département. La demande de PCH fait l'objet d'une évaluation par une équipe pluridisciplinaire qui élabore ensuite un plan personnalisé de compensation. Ce plan comprend des propositions de toute nature (prestations, orientation, conseils). Le plan personnalisé de compensation est ensuite transmis, avec les observations éventuelles du demandeur, à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour décision.
Prestations			
AGEFIPH & FIPHFP ***	Étude préalable à l'aménagement des situations de travail	Analyser la situation de travail et identifier les solutions permettant l'adaptation du poste de travail en fonction du handicap.	Sur prescription du Cap emploi ou par demande directe de l'employeur à la délégation régionale de l'AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Prestations d'appuis spécifiques (handicap visuel, auditif, moteur, mental, psychique et troubles cognitifs)	Apporter un appui expert permettant d'identifier précisément les conséquences du handicap au regard du projet professionnel et les moyens à mettre en œuvre.	Sur prescription du Cap emploi.
	Prestation spécifique d'orientation professionnelle	Aider la personne handicapée à se projeter dans un nouveau projet professionnel.	Sur prescription du Cap emploi ou autre acteur selon les régions (CARSAT – Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail, COMETE France...).
	Aides financières		
	Aide à l'accueil, à l'intégration et à l'évolution professionnelle	Participer au coût pour l'accompagnement de la personne handicapée sur un nouveau poste.	Aide prescrite par Cap emploi ou demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide à l'adaptation des situations de travail	Participer au coût de l'adaptation du poste de travail.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide aux déplacements en compensation du handicap	Participer au surcoût en lien avec le handicap pour les déplacements.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide à la formation dans le cadre d'un maintien	Contribuer au financement d'une formation pour favoriser le maintien en emploi.	Demande prescrite par Cap emploi ou COMETE France.
	Aide technique en compensation du handicap	Participer aux coûts des moyens techniques compensant le handicap.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide prothèses auditives	Contribuer au financement d'une prothèse auditive.	Demande auprès de la délégation régionale AGEFIPH ou du FIPHFP.
	Aide à la recherche de solution pour le maintien en emploi	Participer aux frais occasionnés pour une recherche de solution de maintien en emploi.	Aide prescrite par Cap emploi.
	Reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH)	Compenser financièrement les charges importantes supportées par une entreprise du fait des conséquences du handicap d'une personne sur la tenue de son poste après que l'aménagement optimal du poste a été mis en place.	Décision administrative, sur dossier. Demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap à déposer auprès de l'AGEFIPH.

*DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

**MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

***AGEFIPH : Association de gestion du fond pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
FIPHFP : Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

7.3. Secret médical partagé

La HAS (32) recommande que tous les salariés puissent être informés de l'existence de la visite de pré-reprise et que les entreprises pensent à communiquer avec les Services de Santé au Travail concernant les absences répétées ou prolongées.

Cependant intervient ici une problématique concernant le secret médical. En effet il s'avère que les différents professionnels de santé ne pourraient pas communiquer avec le médecin du travail du patient. Le secret médical « couvre l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». Or, « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social » (Article L110-4 alinéa 2 du code de la santé publique) (54). Le secret partagé peut ainsi s'ouvrir aux professionnels du secteur social et médico-social, et à la prévention, dans la limite à la fois d'une prise en charge commune et de la nécessité stricte des échanges dans l'intérêt de la personne. L'article R1110-1 du code de la santé publique (55) confirme cette capacité d'échange en ajoutant la double limite « des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne » et du respect du « périmètre de leurs missions ». On peut donc en déduire que les différents professionnels prenant en charge un même patient peuvent échanger après le consentement préalable du patient. Ce consentement peut être « recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée » (toujours selon l'article L1110-4 du CSP) (54). Ce partage d'information, aux fins de permettre la poursuite du soin et du projet thérapeutique, est bien sûr autorisé et non obligatoire. Le patient « dispose également d'un droit d'opposition et peut exercer ce droit à tout moment ».

7.4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était de décrire l'impact du traitement par Qutenza® sur la reprise ou le maintien au travail, avec des indicateurs objectifs (en lien avec la situation en emploi) et subjectifs (sur le rôle du Qutenza comme facteur identifié par le patient comme ayant facilité le retour au travail le cas échéant, ou de nature à faciliter la reprise d'activité). L'objectif secondaire était de décrire la situation de cette population vis-à-vis de l'emploi.

Matériel et méthodes

1. Conformité au RGPD :

Données anonymisées : fichier avec identifiants patients (n°) et variables, fichier indépendant avec une table de correspondance.

2. Design

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique.

3. Population cible

La population cible est constituée par les patients traités par Qutenza® entre 2018 et 2022 au Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur (CETD) du Groupe Hospitalier Mutualiste à Grenoble. L'année 2018 est choisie comme date de début, étant la première année de l'informatisation des dossiers, permettant d'effectuer des recherches par mots-clefs et donc par traitement, et permettant d'avoir le maximum de recul pour analyser la condition professionnelle. Avant cette date il n'est pas possible d'extraire la donnée de traitement par Qutenza® au centre de manière informatique. Nous n'avons pas non plus la possibilité de connaître la situation professionnelle des patients. Ce fichier informatique est constitué d'un document Excel® regroupant les numéros IPP des patients ayant bénéficié d'un traitement par Qutenza®, **soit un total de 165 patients traités sur la période d'intérêt.**

4. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion sont définis comme suit : avoir bénéficié d'un traitement par patch Qutenza® au CETD entre 2018 et 2022, être âgé de moins de 64 ans, âge à partir duquel une retraite est possible permettant d'avoir un âge limite à 63 ans, **soit un total de 107 patients éligibles, soit 65 % des patients traités.**

Les critères d'exclusion sont : ne pas pouvoir être joint par mail ou par téléphone, ne souhaitant pas participer à cette étude.

5. Contact de la population cible

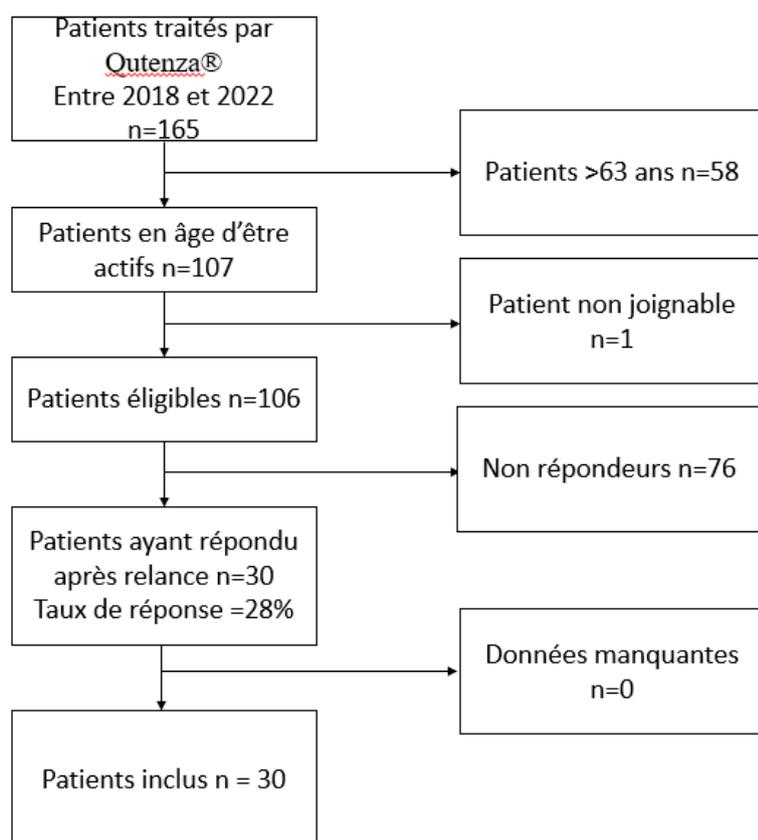
Les patients ont été informés par mail de l'étude, ou par voie téléphonique en l'absence d'adresse électroniques. Une relance a été effectuée dans un délai d'un mois.

6. Recueil de données

Le recueil de données s'est basé sur deux sources : analyse des dossiers médicaux informatisés d'une part, et réponses à un auto-questionnaire par le patient, par l'intermédiaire d'un questionnaire « google forms » préalablement établi (cf annexe 1).

L'analyse des dossiers médicaux informatisés a consisté à chercher les données dans le dossier médical informatisé en disposant du numéro IPP (Identifiant Patient Permanent) des patients dans le dossier duquel le logiciel a trouvé le mot « Qutenza » entre 2018 et 2022. Nous utilisons le logiciel informatique Dopasoins pour explorer les dossiers médicaux informatisés.

Figure 7 : Évolution du recrutement



Au total, 50 variables ont été recueillies : 4 sur les facteurs personnels, 4 sur l'emploi, 4 sur les ressources financières, 12 sur la douleur, 2 sur la santé mentale, 6 sur les facteurs professionnels, 5 sur les personnes en activité, 2 sur les personnes non en activité, 11 si reprise d'activité à la fin du traitement.

L'origine de chaque variable est renseignée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Nature et sources des variables collectées pour l'étude (données brutes)

Variables			Source	
Catégorie	Variable	Modalités	Dossier médical	Questionnaire
Facteurs personnels	Sexe			X
	Age	≤50 ans, >50 ans	X	
	Lieu de vie	Ville ; milieu rural		X
	Niveau d'études ¹	≤ bac, bac<= licence, licence <=master ; > master		X
Emploi	Toujours en activité	Oui, Non		X
	Métier	Recherché dans le dossier médical	X	
	Actuellement en arrêt de travail	Oui, Non		X
	Catégorie Socio Professionnelle	Agriculteurs/exploitants ; Artisans/commerçants/chefs d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions intermédiaires ; Employés		X
Ressources financières	Salaire(s) du ménage	Son propre salaire ; celui du conjoint ; les deux ; aucun		X
	Pension	Aucune ; invalidité type 1 ; type 2 ; invalidité fonction publique		X
	Perception d'une prestation sociale	Oui, Non		X
	Vécu de difficulté financière	Oui, Non		X
Facteurs liés à la douleur	Orientation vers le CETD	Médecin traitant ; médecin du travail ; spécialiste ; une connaissance	X	
	Antériorité des signes fonctionnels douloureux avant la prise en charge par patch Qutenza®	Durée en mois	X	
	Attente initiale lors de la prise en charge au CETD par patch Qutenza®	Durée en mois	X	
	Estime que Qutenza® a permis de reprendre le travail	Oui, Non		X
	Traitements pris concomitamment du Qutenza®	TENS ; morphine (oxycontin, skénan, actiskénan) ; Laroxy®(amitriptyline) ; Lyrica®(prégabaline) ; Neurontin® (gabapentine);	X	

¹ Le Répertoire National des Certifications Professionnelles définit les années d'études des patients, ainsi les diplômes CAP, diplôme national du brevet et baccalauréat sont regroupés dans la même catégorie (bac +0 année).

		Acupan® (Nefopam) ; Versatis® (emplâtre de lidocaïne) ; Valium®(diazépam) ; Cymbalta (Duloxétine) ; Deroxat® (Paroxétine) ; Effexor (Venlafaxine)		
	Origine de la douleur	Douleurs post zostériennes ; post-chirurgicales ; Compressions radiculaires chroniques ; neuropathie périphérique ; douleur du moignon ; avulsion plexique ; autres	X	
	Localisation	Membre supérieur ; Membre inférieur ; Tronc face ventrale ; Dos	X	
	Allodynie	Oui, Non	X	
	Score DN4 pré-Qutenza®	Score 0-10	X	
	Score DN4 post Qutenza® ²	Score 0-10	X	
	Echelle numérique de la douleur avant Qutenza® /10	EN 0-10	X	
	Echelle numérique de la douleur post Qutenza® ³ /10	EN 0-10	X	
Santé mentale	Score de Beck lors de la 1ere consultation CETD /39	Score /39	X	
	Présence d'un accompagnement psychologique	Oui, Non	X	
Facteurs professionnels	Travail de nature à aggraver le syndrome douloureux	Oui, Non (auto-évaluation du patient)		X
	Niveau de contraintes physiques ⁴	4 modalités : sédentaire, équivalent à celles de la vie		X

² Recueilli lors de la pose du dernier patch Qutenza

³ Recueilli 2 mois après la pose du 3eme patch

⁴Pour permettre l'analyse de l'influence des différentes activités professionnelles, nous décidons de raisonner en termes de contraintes imposées par les tâches réalisées par les patients. Ainsi le comportement sédentaire est défini comme « une position assise, en situation d'éveil, avec une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 fois celle de repos. On y retrouve des activités de lecture ou de travail sur écran ». (56). Nous considérons donc :

1. un groupe sédentaire
2. un groupe sans contrainte particulière avec une activité physique assimilée à la vie quotidienne
3. un groupe avec des contraintes posturales « lourdes » définies par l'enquête Sumer (57) « Les contraintes posturales et articulaires au travail » définissant le piétinement ou les déplacements à pied, la position debout prolongée, la position à genoux prolongée, la posture accroupie ou en torsion, maintien des bras en l'air, la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à cadence élevée.

		quotidienne, contraintes posturales lourdes, contraintes posturales lourdes et manutention régulière de >5kgs		
	Satisfaction professionnelle avant la pathologie	Score de 0 à 10 0 pas de satisfaction 10 satisfaction maximale		X
	Satisfaction professionnelle actuelle	Score de 0 à 10 0 pas de satisfaction 10 satisfaction maximale		X
	La douleur fait suite à un accident de travail	Oui, Non		X
	Patient en activité professionnelle lors du traitement par Qutenza®	Oui, Non		X
Si en activité professionnelle	Type de contrat lors du traitement par Qutenza®	CDI ; CDD ; A son compte ; intérimaire ; CESU; Aucun		X
	Aménagement de poste avant le traitement par Qutenza®	Oui, Non, Pas en activité		X
	Facilité d'obtention d'une disponibilité pour effectuer le traitement par Qutenza®	Oui, Non, Pas en activité		X
	Nombre d'arrêts de travail pris par an pour la douleur traitée par Qutenza®	Nombre par an en moyenne		X
	Durée moyenne des arrêts de travail pris pour la douleur (en moyenne depuis la prise en charge, indépendamment de la nature de cette dernière)	Nombre de semaines par an		X
Si pas en activité professionnelle	Raison de l'absence d'activité	En arrêt de travail ; En accident du travail ; En recherche d'emploi ; Sans emploi et sans recherche d'emploi ; Était en activité		X
	Reprise d'une activité à la fin du traitement	Oui ; Non ; était en activité		X
Si reprise d'une activité à la fin du traitement	Mise en place d'aménagements de poste	Oui ; Je n'ai pas demandé, mais j'aurais aimé avoir une adaptation de poste ; Je n'avais pas besoin d'adaptation de poste ; Non concerné		X

4. un groupe reprenant des postures contraintes et la manutention régulière de charges de plus de 5kg. Ce poids de 5 kgs est pris en considérant la norme NFX-35-109, qui est une recommandation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Elle fixe ce poids de 5kg en pondérant à l'activité réalisée. Elle fixe également « le poids à 8kg la limite acceptable pour le port manuel de charges par une personne au poste d'encaissement dans un hyper ou supermarché »

	Type d'aménagement	Texte libre		X
	Nombre d'aménagements	Nombre entre 0 et 10		X
	Visites de pré-reprise	Oui, Non, Non concerné		X
	Nombre de visites de pré-reprise	Nombre entre 0 et 10		X
	Temps partiel thérapeutique mis en place	Oui, Non		X
	Durée du temps partiel thérapeutique	Durée en mois		X
	RQTH	Oui, Non		X
	Réalisation d'une reconversion professionnelle	Oui, Non		X
	Licenciement pour inaptitude suite à la pathologie traitée par Qutenza®	Oui, Non		X
	Difficultés rencontrées pour la poursuite d'une activité professionnelle	Texte libre		X

7. Analyses statistiques :

Les données récoltées sont centralisées dans un fichier Excel® puis analysées grâce au logiciel SPSS

7.1 Plan d'analyse

- a) Description de la population éligible avec les seules variables disponibles (âge, sexe).
Nous n'avons pas été en mesure de qualifier la situation de l'emploi des éligibles non répondant, aux dernières nouvelles, car cette information n'était pas renseignée de façon systématique ou standardisée dans les dossiers médicaux ; ceci ne nous permettra donc pas de rechercher un biais de représentativité selon la situation d'actif/inactif.
- b) Description de la population interrogée
 - Age, sexe, secteur d'activité, ... et comparaison avec la population des éligibles pour les variables communes
- c) Recherche de facteurs, en dehors du QUTENZA qui seraient négatifs (ex AT) ou positifs dans le retour au travail
 - Description : Tableau avec en colonne les proportions de patients en emploi à la prise en charge, et lors de l'évaluation finale, en fonction des différentes variables en ligne activité, EN, satisfaction au travail.

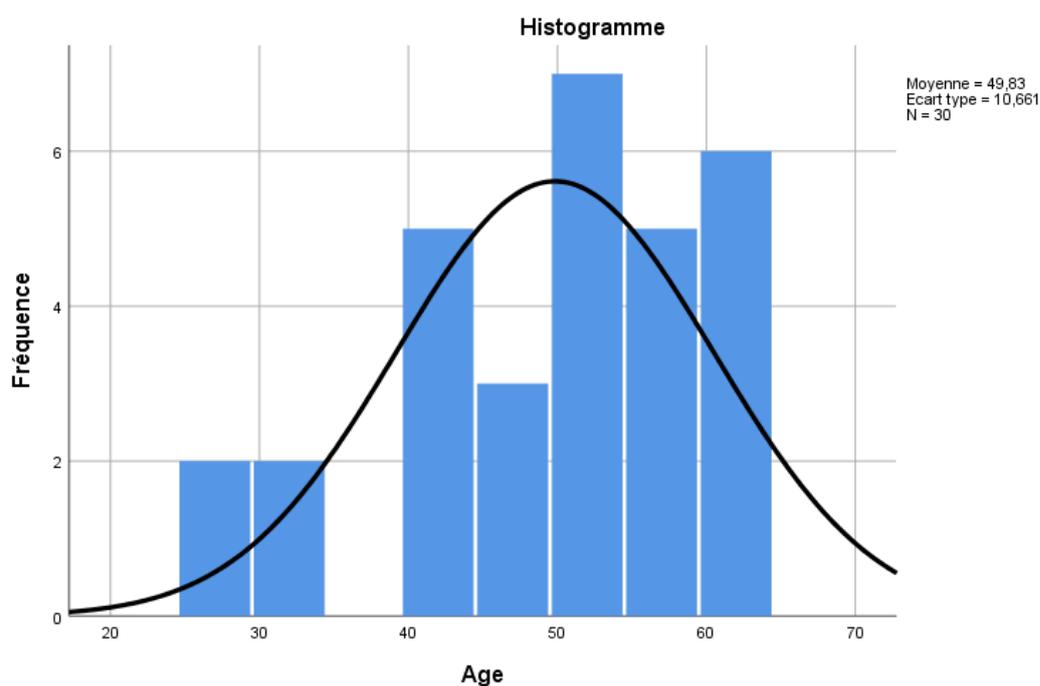
Résultats

La population éligible de 107 personnes est composée de 61 femmes (57%) et de 46 hommes (43%) avec une moyenne d'âge de 49 ans.

Au total, et après relance, seuls 30 patients sur 106 ont répondu au questionnaire. La description des variables recueillies est renseignée dans le tableau 3 ci-dessous.

Concernant les facteurs personnels, il s'agissait de 16 femmes (53%) et 14 hommes (47%) dont la moyenne d'âge était de 50 ans donc la population de répondants est comparable à la population éligible pour les variables communes disponibles. La figure 8 illustre la distribution de l'âge des répondants.

Figure 8 : Distribution de l'âge des répondants



Il n'est mis en évidence aucune association statistiquement significative entre le fait d'être en emploi et l'âge, tant à T0 (début du traitement) qu'à T1 (moment de l'enquête) (annexe 5). Le sexe non plus n'a aucune incidence sur le retour au travail à T1 (annexe 6).

Dix-sept (57%) vivaient en ville et 13 (43%) en milieu rural. Concernant le niveau d'étude une majorité avait le bac comme plus haut diplôme ou moins que le bac (43%).

Concernant l'emploi lors de l'enquête (soit à T1 voire figure 9) 17 étaient toujours en activité (57%) contre 13 non en activité (43%) dont 7 étaient en arrêt de travail (41% des actifs). Nous n'avons pu obtenir le métier que de 29 personnes. On note que 14 personnes étaient issues du milieu de la santé ou du médico-social. Une majorité appartenait à la catégorie socio-professionnelle des employés (11 personnes 37%).

Concernant les ressources financières, 10 percevaient leur propre salaire (33%), 12 leur salaire plus celui de leur conjoint (40%). **Six personnes percevaient une invalidité type 1 (20%), 6 personnes percevaient une invalidité type 2 (20%) et 1 personne percevait une invalidité fonction publique (3%).** En tout 11 personnes (37%) percevaient une prestation sociale et 11 personnes (37%) ressentait une difficulté financière.

Concernant les facteurs liés à la douleur, l'orientation vers le CETD n'est connue que pour 25 personnes dont 8 ont été orientées par leur médecin traitant (32%) et 17 par un spécialiste (68%). **L'antériorité des signes fonctionnels douloureux avant la prise en charge par le CETD** n'était également connue que pour 25 personnes dont la durée variait entre 1 et 216 mois avec une moyenne à 61,6 mois et une **médiane à 24 mois**. On retrouvait pour 15 personnes l'expression d'attentes vis-à-vis du CETD à savoir « ne plus avoir mal », « reprendre une vie familiale, professionnelle et sociale normale », « retrouver le sommeil », « retrouver de l'autonomie », « une aide pour les traitements de la douleur », « une aide pour vivre et travailler avec cette douleur ». (Annexe 4)

A la question « Est-ce que selon vous le Qutenza® vous a permis de reprendre le travail ? » 22 ont répondu non (73%).

Les traitements pris concomitamment du Qutenza® étaient variés, parmi eux 9 prenaient de la gabapentine (30%), 8 de la Prégabaline (27%). L'origine de la douleur était en grande majorité post chirurgicale (20 personnes 67%) suivie de post-traumatique (4 personnes 13%). 2 souffraient d'une avulsion plexique (7%), 2 d'une compression radiculaire chronique (7%), 1 de neuropathie périphérique (3%) et 1 d'une douleur neuropathique séquellaire d'une embolie pulmonaire (3%). La localisation était en majorité aux membres inférieurs (13 personnes 43%) suivie du tronc face ventrale (8 personnes 27%). Il existait une allodynie chez 24 personnes (80%). Les scores DN4 pré- Qutenza® récoltés chez 24 personnes étaient en moyenne à 4,4 pour une médiane à 4. Les scores DN4 post-Qutenza® (recueillis lors de la pose du dernier patch) chez 24 personnes étaient en moyenne à 4,3 pour une médiane à 4. En moyenne l'échelle numérique de la douleur avant Qutenza® récoltée chez 23 personnes était

de 5,7 pour une médiane à 6. Post- Qutenza® (à 2 mois de la pose du 3eme patch) chez 16 personnes elle était de 3,4 pour une médiane à 3.

Concernant la santé mentale le score de Beck n'a pu être récolté que chez 2 personnes car il n'est réalisé en systématique à la 1ere consultation que depuis peu de temps. On retrouvait la présence d'un accompagnement psychologique chez 7 personnes (23%).

Concernant les facteurs professionnels le travail était de nature à aggraver la douleur pour 19 personnes (63%). Ceci n'a pour autant pas eu d'influence sur le retour au travail (Annexe 8). La satisfaction professionnelle *avant la pathologie* était supérieure à 6/10 pour 27 d'entre eux (90%). La satisfaction professionnelle *actuelle (lors de l'évaluation)* était inférieure à 3 pour 14 d'entre eux (47%). La douleur faisait suite à un accident de travail pour 6 d'entre eux (20%). **Le fait que la douleur soit consécutive à un accident de travail n'a aucune influence sur le retour au travail** (annexe 7).

Concernant l'activité pendant le traitement par Qutenza® seules 10 personnes étaient en activité pendant le traitement (De T0 à Taq). Dix-huit personnes avaient comme contrat un CDI (60%). Après la prise en charge 15 personnes avaient un CDI (50%) et 8 personnes le même contrat qu'au début des douleurs (27%). Quatre ont bénéficié d'un aménagement de poste avant le traitement par Qutenza® (À T-1 voir figure 9). Pour ce qui est de la facilité d'obtention d'une disponibilité pour aller effectuer le traitement par Qutenza® une seule a répondu que c'était difficile (3%). En moyenne les personnes prenaient entre 0 et 4 arrêts par an pour la douleur traitée par Qutenza® avec une moyenne à 1,3. La durée de ces arrêts variait entre 0 et 312 semaines avec une moyenne de 74 semaines en faisant l'estimation que les 3 personnes qui ont répondu « plusieurs années » sont restées en arrêt pendant 260 semaines.

Concernant la non activité pendant le traitement par Qutenza® (De T0 à Taq voir figure 9) la raison invoquée était l'arrêt de travail pour 11 personnes (55%), en accident du travail pour 6 personnes (30%), sans emploi et sans recherche d'emploi pour 3 personnes (15%).

Concernant la reprise d'une activité à la fin du traitement 17 ont répondu qu'ils n'avaient pas repris d'activité (57%). En regard de la mise en place d'aménagement 1 personne a répondu qu'elle avait obtenu un aménagement (3%) qui était l'arrêt de ses déplacements professionnels, 4 personnes n'ont pas demandé, mais auraient aimé avoir une adaptation de poste (13%) et 2 n'en avaient pas besoin (7%). **Quatre personnes ont eu des visites de pré-reprises. Cinq personnes ont eu un temps partiel thérapeutique** dont la

durée était entre 9 et 12 mois pour 3 personnes, de 33 mois pour une personne et indéterminée pour une personne. 15 personnes avaient une RQTH (50%). **Dix personnes avaient réalisé une reconversion professionnelle (33%). Dix personnes ont été licenciées pour inaptitude** suite à la pathologie traitée par Qutenza® sur les 17 personnes en activité lors de l'enquête (59%).

Quinze personnes ont exprimé des difficultés à la reprise du travail « trop de douleur », « douleur en continu », « pas de poste adapté », « mes chefs et mes collègues », « contraintes physiques au travail », 2 personnes ont exprimé qu'elles n'avaient pas de difficulté.

Tableau 3 : Description des principales variables renseignées au sein de la population étudiée

Variables		
Catégorie	Variable et nombre d'informations renseignées sur les 30 répondants + N° de question du questionnaire	Description
Facteurs personnels	Sexe (n=30) <i>Q1</i>	16 F (53%) 14H (47%)
	Age (n=30)	≤50 ans n=14 (47%) ; 50 ans << 64 ans n=16 (53%)
	Lieu de vie (n=30) <i>Q2</i>	Ville n=17 (56,7%) ; Milieu rural n=13 (43,3%)
	Niveau d'études (n=30) <i>Q3</i>	≤ bac n=13 (43%) ; Bac ≤ licence n=8 (27%) ; Licence ≤ master n=4 (13%) ; > master n=5 (17%)
Emploi	Toujours en activité (n=30) <i>Q4</i>	Oui n=17 (57%) Non n=13 (43%)
	Métier (n=29)	11 secteurs d'activités ; 14 personnes sont issues du milieu de la santé ou du médico-social (48%)
	Actuellement en arrêt de travail (n=17) <i>Q5</i>	Oui n=7 (41%) Non n=10 (59%)
	Catégorie Socio Professionnelle (n=30) <i>Q7</i>	Agriculteurs/exploitants n=1 (3%) ; Artisans/commerçants/chefs d'entreprise n=2 (7%) ; Cadres et professions intellectuelles supérieures n=8 (27%) ; Professions intermédiaires n=3 (10%) ; Employés n=11 (37%) ; Ouvriers n=5 (17%)
Ressources financières	Salaires du ménage (n=30) <i>Q8</i>	Son propre salaire n=10 (33%) ; Celui du conjoint n=1 (3%) ; Les deux salaires n=12 (40%) ; Aucun 7 (23%)

	Pension (n=30) <i>Q9</i>	Aucune n=17 (57%) ; Invalidité type 1 n=6 (20%) ; Invalidité type 2 n=6 (20%) ; Invalidité fonction publique n=1 (3%)
	Perception d'une prestation sociale (n=30) <i>Q10</i>	Oui n=11 (37%) ; Non n=19 (63%)
	Vécu de difficulté financière (n=30) <i>Q11</i>	Oui n=11 (37%) ; Non n=19 (63%)
Facteurs liés à la douleur	Orientation vers le CETD (n=25)	Médecin traitant n=8 (32%) ; Médecin du travail n=0 (0%) ; Spécialiste n=17 (68%) ; Une connaissance n=0 (0%)
	Antériorité des signes fonctionnels douloureux avant la prise en charge par patch Qutenza® (n=24)	Entre 1 et 216 mois avec une moyenne à 61,6 mois, une médiane à 24 mois et σ : 68,8 mois.
	Attentes initiales lors de la prise en charge au CETD par patch Qutenza® (n=15)	Verbatim (cf texte ci-dessus)
	Estime que Qutenza® a permis de reprendre le travail (n=30) <i>Q12</i>	Oui n=8 (27%) ; Non n=22 (73%)
	Traitements pris concomitamment du Qutenza® (n=30)	TENS n=1 (3%) ; Morphine (oxycontin, skénan, actiskénan) n=8 (27%) ; Laroxyl®(amitriptyline) n=7 (23%) , Lyrica®(prégabaline) n=8 (27%) , Neurontin® (gabapentine) n=9 (30%) ; Acupan® (Nefopam) n=8 (27%) ; Versatis® (emplâtre de lidocaïne) n=5 (17%) Valium®(diazépam) n=4 (13%) ; Cymbalta (Duloxétine) n=1 (3%) ; Deroxat® (Paroxétine) n=1 (3%) ; Effexor (Venlafaxine) n=1 (3%)
	Origine de la douleur (n=30)	Douleurs post-chirurgicales n=20 (67%) ; Compressions radiculaires chroniques n=2 (7%) ; Neuropathie périphérique n=1 (3%) ; Post-traumatiques n=4 (13%) ; Avulsion plexique n=2 (7%) ; Séquellaire post embolie pulmonaire n=1 (3%)
	Localisation (n=30)	Membre supérieur n=5 (17%) ; Membre inférieur n=13 (43%) ; Tronc face ventrale n=8 (27%) ; Dos n=4 (13%)
	Allodynie (n=30)	Oui n=24 (80%) ; Non n=6 (20%)
	Score DN4 pré-Qutenza® (n=24)	Entre 1 et 7/10 avec une moyenne à 4,4 et une médiane à 4
	Score DN4 post-Qutenza® (n=24)	Entre 1 et 5/10 avec une moyenne à 4,3 et une médiane à 4.
	Echelle numérique de la douleur avant Qutenza® /10 (n=23)	Entre 0 et 10/10 avec une moyenne à 5,7 et une médiane à 6.
	Echelle numérique de la douleur immédiatement après Qutenza® /10 (n=16)	Entre 0 et 8/10 avec une moyenne à 3,4 et une médiane à 3.

Santé mentale	Score de Beck lors de la 1ere consultation CETD /39 (n=2)	Seulement 2 données car le score de Beck n'est fait systématiquement que depuis peu de temps.
	Présence d'un accompagnement psychologique (n=30)	Oui n=7 (23%) Non n=23 (77%)
Facteurs professionnels	Travail de nature à aggraver le syndrome douloureux (n=30) <i>Q13</i>	Oui n=19 (63%) ; Non n=11 (37%)
	Niveau de contraintes physiques (n=30) <i>Q14</i>	Sédentaire n=2 (7%) ; Équivalent à celles de la vie quotidienne n=9 (30%) ; Contraintes posturales lourdes n=15 (50%) ; Contraintes posturales lourdes et manutention régulière de >5kgs n=4 (13%)
	Satisfaction professionnelle avant la pathologie (n=30) EVA /10 <i>Q15</i>	Score ≤3 n=1 (3%) ; Score 3<≤6 n=2 (7%) ; Score >6 n=27 (90%)
	Satisfaction professionnelle actuelle (n=30) EVA /10 <i>Q34</i>	Score ≤3 n=14 (47%) ; Score 3<≤6 n=5 (17%) ; Score >6 n=11 (37%)
	La douleur fait suite à un accident de travail (n=30) <i>Q16</i>	Oui n=6 (20%) ; Non n=24 (80%)
	En activité lors du traitement par Qutenza® (n=30) <i>Q17</i>	Oui n=10 (33%) ; Non n=20 (67%)
Si en activité	Type de contrat lors du traitement par Qutenza® (n=30) <i>Q18</i>	CDI n=18 (60%) ; CDD n=2 (7%) ; A son compte n=4 (13%) ; Intérimaire n=0 (0%) ; CESU n=0 (0%) ; Aucun n=6 (20%)
	Aménagement de poste avant le traitement par Qutenza® (n=30) <i>Q20</i>	Oui n=4 (13,3%) ; Non n=11 (37%) ; Pas en activité n=15 (50%) (À T-1 voir figure 9)
	Facilité d'obtention d'un aménagement horaire pour effectuer le traitement par Qutenza® (n=30) <i>Q19</i>	Oui n=9 (30%) ; Non n=1 (3%) ; Pas en activité n=20 (67%)
	Nombre d'arrêts de travail pris par an pour la douleur traitée par Qutenza® (n=30) <i>Q32</i>	Entre 0 et 4 avec une moyenne à 1,3.
	Durée moyenne des arrêts de travail pris pour la douleur (en moyenne depuis la prise en charge, indépendamment de la	Entre 0 et 312 semaines avec une moyenne de 74 semaines, une médiane à 10 semaines et $\sigma : 100,2$. En faisant l'estimation que les 3 personnes qui ont répondu « plusieurs années » sont restées en arrêt pendant 260 semaines.

	nature de cette dernière) (n=30) Q33	
Si pas en activité	Raison de l'absence d'activité (n=20) Q21	En arrêt de travail n=11 (55%) ; En accident du travail n=6 (30%) ; En recherche d'emploi n=0 (0%) Sans emploi et sans recherche d'emploi n=3 (15%) ;
	Reprise d'une activité à la fin du traitement (n=30) Q22	Non n=17 (57%) ; Oui n=3 (10%) ; Déjà en activité n=10 (33%)
Si reprise d'une activité à la fin du traitement	Mise en place d'aménagements (n=30) Q23	Oui 1 (3%) ; Je n'ai pas demandé, mais j'aurais aimé avoir une adaptation de poste 4 (13%) ; Je n'avais pas besoin d'adaptation de poste 2 (7%) ; « Non concerné » {selon le patient} 23 (77%)
	Type d'aménagement (n=1) Q24	Arrêt des déplacements 1 (3%)
	Nombre d'aménagements (n=1) Q25	1 (3%)
	Visites de pré-reprise (n=30) Q26	Oui n=4 (13%) ; Non n=6 (20%) ; Non concerné {selon le patient} n=20 (67%)
	Nombre de visites de pré-reprise (n=30) Q27	1 visite n=1 (3%) ; 2 visites n=1 (3%) ; 4 visites n=1 (3%) ; 5 visites n=1 (3%) ; 0 visites n=26 (87%)
	Temps partiel thérapeutique mis en place (n=30) Q28	Oui n=5 (17%) ; Non n=25 (83%)
	Durée du temps partiel thérapeutique (n=5) Q29	9 à 12 mois n=3 (10%) ; 33 mois n=1 (3%) ; Indéterminé n=1 (3%)
	RQTH (n=30) Q30	Oui n=15 (50%) ; Non n=15 (50%)
	Réalisation d'une reconversion professionnelle (n=30) Q31	Oui n=10 (33%) ; Non n=20 (67%)
	Licenciement pour inaptitude suite à la pathologie traitée par Qutenza® (n=17) Q35	Oui n=10 (59%) ; Non n=7 (41%)
	Difficultés rencontrées pour la poursuite d'une activité professionnelle (n=17) Q36	Verbatim (cf texte ci-dessus)

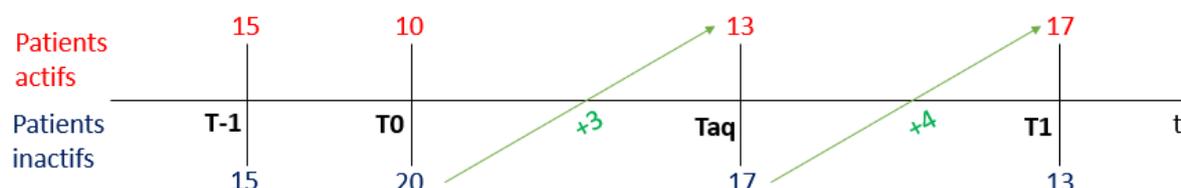
Concernant le niveau de contraintes physiques au travail : il comprenait 4 modalités (sédentaire, contraintes équivalentes à celles de la vie quotidienne, contraintes posturales lourdes et contraintes posturales lourdes et manutention régulière de charge de plus de 5kgs). **On relève que 15 personnes (50%) avaient des contraintes posturales lourdes au travail** (voir tableau 4)

Tableau 4 : Niveau de contraintes physiques au travail

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Contraintes équivalentes à celles de la vie quotidienne	9	30,0	30,0	30,0
	Contraintes posturales lourdes	15	50,0	50,0	80,0
	Contraintes posturales lourdes et manutention régulière de charge de plus de 5kg	4	13,3	13,3	93,3
	Sédentaire	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

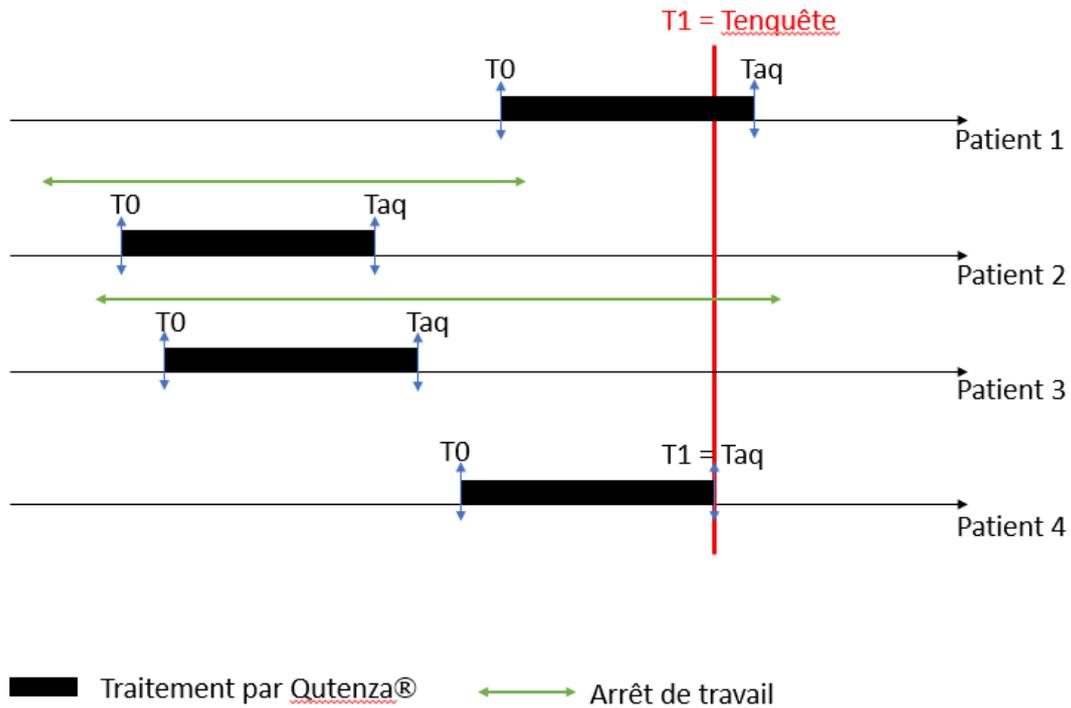
On note qu'avant le début du traitement (A T-1) 15 personnes étaient inactives. Au début du traitement (T0) 20 personnes étaient inactives. À l'arrêt du Qutenza® (Taq) 3 personnes ont repris le travail donc il n'y avait plus que 17 personnes inactives, et lors de l'enquête (T1) 4 nouvelles personnes avaient repris le travail ne laissant que 13 personnes inactives. La figure 9 illustre cette progression dans le temps.

Figure 9 : Progression dans le temps du nombre d'actifs et d'inactifs



En effet chaque patient suit potentiellement une temporalité différente concernant son T0 (début du traitement) et son Taq (arrêt du Qutenza®), seul le T1 qui est le temps de l'enquête est synchrone pour tous. La figure 10 ci-dessous illustre ces temporalités différentes.

Figure 10 : Exemples de différentes temporalités de patients



Si on s'intéresse aux 3 variables que sont l'activité professionnelle, l'échelle numérique de la douleur et la satisfaction au travail en fonction de T0 (en amont de la prise en charge) et T1 (lors de l'évaluation), on note qu'à T0, 10 personnes sur 30 étaient en activité, contre 17 sur 30 à T1. A T0 l'EN moyenne était à 5,7 ($\sigma = 2,7$) contre 3,4 à T1 ($\sigma = 2,4$) et la satisfaction au travail était à 8,3 ($\sigma = 1,7$) contre 4,2 à T1 ($\sigma = 3,8$). (Tableau 5) Ceci montre la très grande variabilité des situations individuelles concernant les niveaux de douleur. Pour la satisfaction au travail, on note qu'elle est très bonne en début de traitement (avec une faible dispersion), et qu'elle se dégrade lors de l'évaluation (avec une dispersion majeure).

Tableau 5 : Comparaison des variables : Activité professionnelle, échelle numérique de la douleur et satisfaction au travail au début du traitement et lors de l'évaluation

	T0 (début du traitement)	T1 (lors de l'enquête)
Activité (n=30)	10	17
EN (moy, σ)	5,7 ; $\sigma = 2,7$	3,4 ; $\sigma = 2,4$
Satisfaction au travail	8,3 ; $\sigma = 1,7$	4,2 ; $\sigma = 3,8$

Si on regarde les caractéristiques des patients selon leur situation par rapport à l'emploi on peut constituer 4 groupes. Les patients en activité à T0 et T1, les patients inactifs à T0 actifs à T1, les patients actifs à T0 inactifs à T1 et enfin les patients inactifs à T0 et T1.

Concernant les patients en activité à T0 et T1, ils sont au nombre de 9 dont 4 hommes et 5 femmes d'âge ≤ 50 ans pour 4 d'entre eux et >50 ans pour les 5 autres. Aucun n'a eu d'accident de travail. Le travail aggrave la douleur pour 5 d'entre eux. Si on s'intéresse aux contraintes physiques au travail 2 sont sédentaires, 6 ont des contraintes équivalentes à celles de la vie quotidienne, 1 a des contraintes posturales lourdes. En regard de l'EN post- Qutenza® elle est inférieure ou égale à 3 pour 5 d'entre eux, entre 3 et 6 pour 1 d'entre eux et supérieure à 6 pour aucun d'entre eux. En ce qui concerne les contrats actuels, 4 ont gardé le même contrat qu'au début des douleurs, 3 ont des CDI, 1 un CDD et 1 est à son compte. 3 d'entre eux ont bénéficié d'aménagements de poste avant la prise en charge mais aucun en post prise en charge. La satisfaction au travail avant la pathologie est de 7,8 contre 6,7 actuellement.

Concernant les patients inactifs à T0 et actifs à T1, ils sont au nombre de 8 dont 2 hommes et 6 femmes d'âge ≤ 50 ans pour 5 d'entre eux et >50 ans pour les 3 autres. **3 d'entre eux ont été victimes d'un accident de travail. Le travail aggrave la douleur pour 6 d'entre eux.** Si on s'intéresse aux contraintes physiques au travail 0 sont sédentaires, 2 ont des contraintes équivalentes à celles de la vie quotidienne, 4 ont des contraintes posturales lourdes et 2 ont des contraintes posturales lourdes et une manutention régulière de charge de >5 kgs. En regard de l'EN post- Qutenza® elle est inférieure ou égale à 3 pour 2 d'entre eux, entre 3 et 6 pour 1 d'entre eux et supérieure à 6 pour 1 d'entre eux. En ce qui concerne les contrats actuels, 1 a gardé le même contrat qu'au début des douleurs, 5 ont des CDI, 0 un CDD et 2 sont à leur compte. 1 d'entre eux a bénéficié d'aménagements de poste avant la prise en charge et 1 également en post prise en charge. La satisfaction au travail avant la pathologie est de 7,9 contre 5 actuellement.

Concernant les patients actifs à T0 et inactifs à T1, cette catégorie ne compte qu'une seule personne, il s'agit d'une femme d'âge >50 ans. Elle n'a pas eu d'accident de travail. Le travail n'aggrave pas la douleur pour elle. Les contraintes physiques au travail sont des contraintes posturales lourdes. En regard de l'EN post- Qutenza® elle est inférieure ou égale à 3. Elle a un CDI et n'a bénéficié d'aucun aménagement avant ou après la prise en charge. La satisfaction au travail avant la pathologie est de 7 contre 0 actuellement.

Concernant les patients inactifs à T0 et T1, ils sont au nombre de 12 dont 8 hommes et 4 femmes d'âge ≤ 50 ans pour 5 d'entre eux et >50 ans pour les 7 autres. **Trois d'entre eux ont été victimes d'un accident de travail. Le travail aggrave la douleur pour 8 d'entre eux.** Si on s'intéresse aux contraintes physiques au travail 0 sont sédentaires, 1 a des contraintes équivalentes à celles de la vie quotidienne, **9 rapportent des contraintes posturales lourdes** et 2 ont des contraintes posturales lourdes et une manutention régulière de charge de >5 kgs. En regard de l'EN post- Qutenza® elle est inférieure ou égale à 3 pour 2 d'entre eux, entre 3 et 6 pour 2 d'entre eux et supérieure à 6 pour 1 d'entre eux. En ce qui concerne les contrats actuels, 3 ont gardé le même contrat qu'au début des douleurs, 1 a un CDI 1 est à son compte et 7 n'ont aucun contrat. Aucun n'a bénéficié d'aménagement avant ou après la prise en charge. La satisfaction au travail avant la pathologie est de 9,1 contre 2,25 actuellement.

Tableau 6 : Caractéristiques des patients selon leur situation par rapport à l'emploi

	Patients en activité à T0 et T1 (n=9)	Patients inactifs à T0, et actif à T1 (n=8)	Patients actifs à T0, inactif à T1 (n=1)	Patients inactifs à T0 et T1 (n=12)
Age ≤ 50	4 (45%)	5 (63%)	0 (0%)	5 (42%)
Age >50	5 (55%)	3 (37%)	1 (100%)	7 (58%)
Sexe : H	4 (45%)	2 (25%)	0 (0%)	8 (67%)
Sexe : F	5 (55%)	6 (75%)	1 (100%)	4 (33%)
Origine douleur : AT (n=6)	0 (0%)	3 (37%)	0 (0%)	3 (25%)
Est-ce que le travail aggrave la douleur (n=19 avec réponse positive)	5 (55%)	6 (75%)	0 (0%)	8 (67%)
Contraintes physiques au travail : sédentaire	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Contraintes	6 (67%)	2 (25%)	0 (0%)	1 (8%)

physiques au travail : équivalentes à celles de la vie quotidienne				
Contraintes physiques au travail : contraintes posturales lourdes	1 (11%)	4 (50%)	1 (100%)	9 (75%)
Contraintes physiques au travail : contraintes posturales lourdes ET manutention régulière de charges de plus de 5kg	0 (0%)	2 (25%)	0 (0%)	2 (17%)
EN ≤3	5 (56%)	2 (25%)	1 (100%)	2 (17%)
3<EN ≤6	1 (11%)	1 (12,5%)	0 (0%)	2 (17%)
6<EN	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (8%)
Contrat actuel : Le même contrat qu'au début des douleurs	4 (44%)	1 (13%)	0 (0%)	3 (25%)
Contrat actuel : CDI	3 (33%)	5 (63%)	1 (50%)	1 (8%)
Contrat actuel : CDD	1 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Contrat actuel : CESU	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Contrat actuel : A son compte	1 (11%)	2 (25%)	0 (0%)	1 (8%)
Contrat actuel : aucun	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (58%)
Aménagement de poste T0	3 (33%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)
Aménagement de poste T1	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)
Satisfaction au travail avant la pathologie (moyenne)	7,8	7,9	7	9,1
Satisfaction au travail actuellement (moyenne)	6,7	5	0	2,25

Nous avons testé l'effet de l'autoévaluation des contraintes physiques au travail sur le retour au travail. Pour ce faire nous avons regroupé en « contraintes lourdes » ceux qui considèrent avoir des contraintes posturales lourdes et ceux qui ont des contraintes posturales lourdes plus une manutention régulière >5kgs. Et en « contraintes légères » ceux qui considèrent avoir des contraintes équivalentes à celle de la vie quotidienne ou être sédentaire. Le résultat est significatif, **parmi les 19 personnes considérant avoir des contraintes lourdes, moins de 50% étaient actives à T1, vs 91% si contraintes estimées légères p=0,023.**

Tableau 7 : Contraintes physiques au travail en fonction de l'activité

			Activite_T1		Total
			inactif	actif	
Contraintes physiques au travail	Légères	Effectif	1	10	11
		% dans Contraintes physiques au travail	9,1%	90,9%	100,0%
		% dans Activite_T1	9,1%	52,6%	36,7%
	Lourdes	Effectif	10	9	19
		% dans Contraintes physiques au travail	52,6%	47,4%	100,0%
		% dans Activite_T1	90,9%	47,4%	63,3%
Total	Effectif	11	19	30	
	% dans Contraintes physiques au travail	36,7%	63,3%	100,0%	
	% dans Activite_T1	100,0%	100,0%	100,0%	

Tests du khi-carré

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-carré de Pearson	5,687	1	,017		
Correction pour continuité	3,967	1	,046		
Rapport de vraisemblance	6,441	1	,011		
Test exact de Fisher				,023	,020
Association linéaire par linéaire	5,498	1	,019		
N d'observations valides	30				

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de rechercher si le traitement par Qutenza® pouvait constituer un facteur favorisant le retour au travail des patients atteints de douleur neuropathique chronique, et l'objectif secondaire de décrire la situation de cette population de patients traités vis-à-vis de l'emploi.

Si l'objectif secondaire a été accompli, le manque de puissance statistique en lien avec un faible taux de réponse limite la portée de la conclusion sur l'objectif principal.

Il n'apparaît aucune tendance permettant de dire que le traitement par Qutenza® a permis de favoriser un retour en emploi sur des données objectives. Nous n'avons pas montré de bénéfice entre T0 (début du traitement par Qutenza®) et Taq (fin de traitement par Qutenza®) sur la reprise de l'activité. (Seules 3 personnes auraient repris une activité immédiatement après l'arrêt du traitement).

Concernant les données subjectives, 8 personnes sur les 30 répondants estiment que le Qutenza® leur a permis de reprendre le travail. Si on s'intéresse de plus près à ces personnes on remarque que parmi elles se trouvent 3 personnes qui étaient en activité à T0 et T1 ce qu'on peut interpréter comme l'expression d'un travail mieux supporté grâce au Qutenza®. Deux personnes parmi elles n'ont pas repris au terme de l'arrêt du Qutenza® mais ont réalisé une reconversion professionnelle après un licenciement pour inaptitude. Et enfin 3 personnes ont effectivement repris au terme du traitement par Qutenza®.

Nous avons testé individuellement l'effet de l'ensembles des variables suivantes sur le retour au travail à T1 (moment de l'enquête) : âge, sexe, douleur consécutive à un AT, influence de l'aggravation de la douleur par le travail. Au total, seul un résultat était significatif, à savoir l'autoévaluation des contraintes physiques au travail. Parmi les 19 personnes considérant avoir des contraintes lourdes, moins de 50% étaient actives à T1, vs 91% si contraintes estimées légères $p=0,023$. Le faible effectif n'a pas permis de faire des analyses par sous-groupes, ou la réalisation d'analyse par régression logistique, ajustant sur les différentes variables (âge, sexe, douleur post AT, etc), tel que nous l'avions prévu initialement.

Au total, le déterminant travail semble jouer beaucoup plus que les déterminants liés aux variables démographiques, ou au traitement.

On peut également considérer que le maintien en emploi est très probablement influencé positivement par la prise en charge globale par le CETD qui a contribué à passer de 20 patients inactifs à T0 à 13 patients inactifs à T1.

Il est regrettable que très peu de patients aient bénéficié d'aménagements de poste, de visite de pré-reprise ou de temps partiel thérapeutique ce qui aurait sans doute influé positivement sur le maintien en emploi. Une enquête par téléphone au lieu de mails aurait permis de donner des conseils aux patients du point de vue de la médecine du travail. De plus elle aurait permis de clarifier les questions qui n'ont peut-être pas été comprises de la même manière par tout le monde. De surcroît dans cette étude nous ne nous sommes pas interrogés si les patients étaient arrivés en fin de droit sécurité sociale avec fin des Indemnités Journalières, ce qui peut également influencer sur le maintien en emploi.

Comparaison avec les éléments de la littérature sur des éléments démographiques

Notre population de répondants est relativement équilibrée en termes de genre et de distribution d'âge (moyenne et médiane à 50 ans). Un plus grand échantillon permettrait peut-être de rejoindre les données de la littérature qui tend vers une prédominance des douleurs neuropathiques chez les femmes d'âge entre 50 et 64 ans (1-2). On retrouve également une prédominance légère de patients vivant en milieu urbain et un seul représentant de la CSP des agriculteurs et exploitants contrairement aux données de la littérature qui retrouvent une prédominance des douleurs neuropathiques chez les personnes vivant en milieu rural et notamment chez les fermiers et les travailleurs manuels (1-2). Ceci peut s'expliquer par le fait que le CETD est en centre-ville de Grenoble et on peut imaginer que la population rurale va consulter davantage en périphérie ou qu'ils ont moins accès au centre de la douleur. Les douleurs neuropathiques sont également influencées par le bas niveau d'éducation et l'inactivité d'emploi (2) et en ça nos résultats rejoignent les données de la littérature puisqu'une majorité (43%) a un niveau d'éducation inférieur ou égal au bac et qu'à T0 (début du traitement) 2/3 des répondants étaient inactifs. Les données de notre échantillon sont proches de celles notées en France selon l'étude Européenne conduite par De Courcy et al (6) pour ce qui est des taux d'activité (seulement 33% d'actifs à T0) mais nous sommes au-dessus du seuil de la littérature concernant le nombre de patients en arrêt de travail dans notre étude (7 répondants sur les 17 actifs soit 41% versus 20% dans la littérature). Concernant la localisation de la douleur on retrouve parmi les répondants une prédominance aux membres

inférieurs (43%) ce qui est en accord avec la littérature (2). On retrouve également chez nos répondants une baisse de l'intensité de la douleur entre pré et post-Qutenza® (2 mois après le 3eme patch). On passe en effet d'une médiane de 6/10 d'EN à 3/10 d'EN. Ce qui est en accord avec la littérature (58).

On peut s'étonner que 14 sur les 30 répondants soient issus du milieu médico-social ce qui peut probablement s'expliquer soit par le fait que leur taux de réponse est plus élevé (davantage sensibilisés aux études médicales), soit par un biais de recrutement (meilleure identification du centre expert et ou accès plus facile ?), soit encore par une sur-représentation des neuropathies chroniques dans cette profession, sans aucune hypothèse à ce sujet.

Deux tiers des répondants ont des douleurs post-chirurgicales ce qui est une part importante et qu'on peut expliquer en partie par le fait que de nombreux médecins adresseurs soient des chirurgiens (11 sur les 25 connus soit 44%).

Les thérapeutiques utilisées peuvent être un biais de confusion, ainsi il n'est pas possible d'affirmer que l'utilisation de dérivés morphiniques ou le nombre de thérapies utilisées est préjudiciable pour les patients. Ces différentes thérapeutiques utilisées peuvent s'expliquer par le fait que le syndrome douloureux est insuffisamment contrôlé, ou par la présence d'effets secondaires ressentis comme invalidants.

Autres limites

On aurait pu préciser la durée du traitement et le nombre de patchs Qutenza® réalisés.

Il est dommage que nous n'ayons pas pu utiliser le score de Beck qui est un bon indicateur de dépression mais il n'était pas fait depuis assez longtemps en routine à la 1^{ère} consultation pour être utilisé.

Conclusion

Nous n'avons pas montré dans cette étude le bénéfice du Qutenza® sur le maintien en emploi mais une variable subjective suggère un bénéfice sur le maintien en emploi pour 27% des répondants.

Cette thèse s'inscrit dans la lignée des travaux concernant le maintien dans l'emploi et la prise en charge de la douleur (59) et invite à poursuivre dans cette voie avec de plus grands effectifs. Il convient de rappeler que le maintien de l'activité professionnelle est un élément thérapeutique primordial dans la prise en charge du patient douloureux chronique.

On observe une nette sous exploitation des services de santé au travail et des services spécialisés dans le maintien dans l'emploi pour la majorité des patients concernés. Une amélioration de la communication autour des rôles des différents acteurs auprès des patients est à envisager.

THÈSE SOUTENUE PAR : Julie GUYENON

TITRE :

Maintien en emploi des patients traités par Qutenza® entre 2018 et 2022 au Centre d'évaluation et traitement de la douleur

CONCLUSION :

Introduction : Environ 7% à 10% de la population générale présente des douleurs neuropathiques. Dans cette proportion on estime à 60% le nombre de patients atteints de douleur neuropathique périphérique. L'arrêt de travail entraîne des conséquences négatives sur le travailleur. Le Qutenza® est un dispositif transdermique antalgique qui a l'AMM dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques chez les adultes. Il est actuellement indiqué en 2ème intention. Cependant il n'existe pas à notre connaissance de données dans la littérature évaluant s'il permet d'agir sur le maintien ou le retour à l'emploi chez les personnes traitées. L'objectif principal est de décrire l'impact du traitement par Qutenza® sur la reprise ou le maintien au travail, avec des indicateurs objectifs et subjectifs ; l'objectif secondaire de décrire les situations de cette population de patients par rapport à l'emploi.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. La population cible est constituée par les patients traités par Qutenza® entre 2018 et 2022 au Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur (CETD) du Groupe Hospitalier Mutualiste à Grenoble. Le recueil de données s'est basé sur deux sources : analyse des dossiers médicaux informatisés d'une part, et réponses à un auto-questionnaire par le patient, par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne préalablement établi.

Résultats : Seuls 30 patients sur 107 ont répondu au questionnaire. Il s'agissait de 16 femmes et 14 hommes dont la moyenne d'âge était de 50 ans. Nous avons testé l'effet de l'ensemble des variables suivantes sur le retour au travail : âge, sexe, douleur consécutive à un AT, influence de l'aggravation de la douleur par le travail. Au total, seul un résultat était significatif, à savoir l'autoévaluation des contraintes physiques au travail. Pour le Qutenza® en particulier, nous n'avons pas montré de bénéfice entre le début et la fin du traitement ni sur l'évaluation de la douleur, ni sur la reprise de l'activité.

Discussion : Cette étude n'a pas permis de démontrer de bénéfice du Qutenza® sur le maintien en emploi sur des indicateurs objectifs, et avec une puissance limitée. Une variable subjective suggère un bénéfice sur le maintien en emploi pour 27% des répondants.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

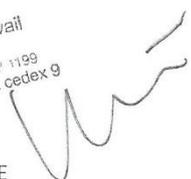
Grenoble, le : 9.4.2024

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI


Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY


CHU Grenoble Alpes
Médecine et Santé au Travail
Pr V. BONNETERRE
Chef de Service - PPS - 003 312 1199
CS 10217 - 38043 GRENOBLE cedex 9

Pr Vincent BONNETERRE

Bibliographie

- (1) Bouhassira, Didier, et al. « Prevalence of Chronic Pain with Neuropathic Characteristics in the General Population ». *Pain*, vol. 136, n° 3, juin 2008, p. 380-87. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.013>
- (2) Szewczyk AK, Jamroz-Wiśniewska A, Haratym N, Rejdak K. Neuropathic pain and chronic pain as an underestimated interdisciplinary problem. *Int J Occup Med Environ Health*. 2022;35(3):249-64. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01676>
- (3) Van Hecke, O., et al. « Neuropathic Pain in the General Population: A Systematic Review of Epidemiological Studies ». *Pain*, vol. 155, n° 4, avril 2014, p. 654-62. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.013>
- (4) Mick, Gérard, et al. « What is localized neuropathic pain? A first proposal to characterize and define a widely used term ». *Pain Management*, vol. 2, n° 1, janvier 2012, p. 71-77. *futuremedicine.com* (Atypom), <https://doi.org/10.2217/pmt.11.77>
- (5) McDermott, Anne M., et al. « The Burden of Neuropathic Pain: Results from a Cross-sectional Survey ». *European Journal of Pain*, vol. 10, n° 2, février 2006, p. 127-127. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.01.014>
- (6) De Courcy, Jonathan, et al. « A Burden of Illness Study for Neuropathic Pain in Europe ». *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, avril 2016, p. 113. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2147/CEOR.S81396>
- (7) Ozguler, A., et al. « Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 52, n° 2, avril 2004, p. 173-88. DOI.org (Crossref), [https://doi.org/10.1016/S0398-7620\(04\)99038-4](https://doi.org/10.1016/S0398-7620(04)99038-4)
- (8) Rueda, Sergio, et al. « Association of Returning to Work With Better Health in Working-Aged Adults: A Systematic Review ». *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 3, mars 2012, p. 541-56. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300401>
- (9) Fiche info - QUTENZA 179 mg, patch cutané - Base de données publique des médicaments. <https://base-donnees->

publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=66525842# Consulté le 24 novembre 2023

- (10) [qutenza-epar-public-assessment-report_en.pdf](#) [Internet].
https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/qutenza-epar-public-assessment-report_en.pdf Consulté le 24 novembre 2023
- (11) Moisset, X., et al. « Traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur neuropathique : une synthèse des recommandations françaises ». *Douleur et Analgésie*, vol. 33, n° 2, juin 2020, p. 101-12. *DOI.org (Crossref)*, <https://doi.org/10.3166/dea-2020-0113>
- (12) Guide d'administration de Qutenza (capsaïcine) à l'attention des prescripteurs [internet] <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/08/02/20230802-marr-qutenza-guide-prescripteurs.pdf> Consulté le 24 novembre 2023
- (13) Simpson, David M., et al. « Long-Term Safety of NGX-4010, a High-Concentration Capsaicin Patch, in Patients with Peripheral Neuropathic Pain ». *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 39, n° 6, juin 2010, p. 1053-64. *DOI.org (Crossref)*, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.316>
- (14) Pickering, Gisèle, et al. « Localized Neuropathic Pain: An Expert Consensus on Local Treatments ». *Drug Design, Development and Therapy*, vol. 11, 2017, p. 2709-18. *PubMed*, <https://doi.org/10.2147/DDDT.S142630>
- (15) Peppin, John F., et al. « Tolerability of NGX-4010, a Capsaicin 8% Patch for Peripheral Neuropathic Pain ». *Journal of Pain Research*, vol. 4, 2011, p. 385-92. *PubMed*, <https://doi.org/10.2147/JPR.S22954>
- (16) Giaccari, Luca Gregorio, et al. « Capsaicin 8% Patch and Chronic Postsurgical Neuropathic Pain ». *Journal of Personalized Medicine*, vol. 11, n° 10, septembre 2021, p. 960. *PubMed*, <https://doi.org/10.3390/jpm11100960>
- (17) Baud, Patrice. *Douleurs neuropathiques en pratique quotidienne*. John Libbey, 2007
- (18) Scholz, Joachim, et al. « The IASP Classification of Chronic Pain for ICD-11: Chronic Neuropathic Pain ». *Pain*, vol. 160, n° 1, janvier 2019, p. 53-59. *PubMed*, <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001365>
- (19) Mick, G., Pellat, J.M. & Guastella, V. Aspects diagnostiques et thérapeutiques des douleurs neuropathiques. *Douleur analg* **26**, 139–151 (2013). <https://doi.org.sid2nomade-1.grenet.fr/10.1007/s11724-013-0344-x>
- (20) Bouhassira, Didier, et al. « Comparison of Pain Syndromes Associated with Nervous or Somatic Lesions and Development of a New Neuropathic Pain Diagnostic

- Questionnaire (DN4) ». *Pain*, vol. 114, n° 1, mars 2005, p. 29-36. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>
- (21) Laude-Pagniez, Eulalie. *Évaluation de l'intérêt du Qutenza® dans les douleurs neuropathiques sur cicatrice après reprise d'exérèse du mélanome cutané*. septembre 2021, p. 109. *dumas.ccsd.cnrs.fr*, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03378041>
- (22) Pingle, S. C., et al. « Capsaicin Receptor: TRPV1 a Promiscuous TRP Channel ». *Handbook of Experimental Pharmacology*, n° 179, 2007, p. 155-71. *PubMed*, https://doi.org/10.1007/978-3-540-34891-7_9
- (23) Kocot-Kępska, Magdalena, et al. « Topical Treatments and Their Molecular/Cellular Mechanisms in Patients with Peripheral Neuropathic Pain-Narrative Review ». *Pharmaceutics*, vol. 13, n° 4, mars 2021, p. 450. *PubMed*, <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13040450>
- (24) Kennedy, William R., et al. « A Randomized, Controlled, Open-Label Study of the Long-Term Effects of NGX-4010, a High-Concentration Capsaicin Patch, on Epidermal Nerve Fiber Density and Sensory Function in Healthy Volunteers ». *The Journal of Pain*, vol. 11, n° 6, juin 2010, p. 579-87. *PubMed*, <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.09.019>
- (25) Anand, P., et K. Bley. « Topical Capsaicin for Pain Management: Therapeutic Potential and Mechanisms of Action of the New High-Concentration Capsaicin 8% Patch ». *British Journal of Anaesthesia*, vol. 107, n° 4, octobre 2011, p. 490-502. *PubMed*, <https://doi.org/10.1093/bja/aer260>
- (26) « QUTENZA 179 mg patch cutané + gel nettoyant ». VIDAL, [Internet] <https://www.vidal.fr/medicaments/qutenza-179-mg-patch-cutane-gel-nettoyant-93564.html>. Consulté le 27 novembre 2023
- (27) « QUTENZA (capsaïcine) ». Haute Autorité de Santé, [Internet] https://www.has-sante.fr/jcms/c_1013245/fr/qutenza-capsaïcine. Consulté le 27 novembre 2023
- (28) M Vooijs, M C J Leensen, J L Hoving, H Wind, M H W Frings-Dresen, Value of work for employees with a chronic disease, *Occupational Medicine*, Volume 68, Issue 1, January 2018, Pages 26–31, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx178>
- (29) Charrue-Rochon Mathilde *Retour à l'emploi et inaptitude médicale au poste de travail après reconditionnement à l'effort chez des lombalgiques chroniques* novembre 2017 Disponible sur https://docplayer.fr/83998603-Universite-de-poitiers-faculte-de-medecine-et-pharmacie.html#show_full_text

- (30) Grant M, O-Beirne-Elliman J, Froud R, *et al* The work of return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: a meta-ethnography. *BMJ Open* 2019;**9**:e025743. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025743 Disponible sur : <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e025743>
- (31) Anne Pichene-Houard. Regards croisés France – Belgique – Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l’incapacité de travail. Séminaire de recherche action dans le cadre du congrès Santé Travail de Lille, 2 et 3 juin 2014. Références en santé au travail, 2014, 140, pp.95-102. (hal-01157596) Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20214>
- (32) « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs ». *Haute Autorité de Santé*, [Internet] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs Consulté le 27 novembre 2023.
- (33) Article R4624-29 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045371016 Consulté le 27 novembre 2023
- (34) Article L4624-2-4 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043891306 Consulté le 27 novembre 2023
- (35) Article R4624-30 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045676894 Consulté le 27 novembre 2023
- (36) Article R4624-31 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045676892 Consulté le 27 novembre 2023
- (37) Article D4624-37 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025279570/2012-07-01 Consulté le 27 novembre 2023
- (38) Article R4624-39 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029234949/2014-07-14 Consulté le 27 novembre 2023
- (39) Article R4624-33-1 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045671060 Consulté le 27 novembre 2023

- (40) Article L1226-1-3 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043891119 Consulté le 27 novembre 2023
- (41) Article L323-3-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043894167 Consulté le 28 novembre 2023
- (42) Article L4622-8-1 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043890486 Consulté le 28 novembre 2023
- (43) Chapitre 3 : Prestations en espèces. (Articles D323-1 à D323-6-7) - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006155821/#LEGISCTA000006155821 Consulté le 28 novembre 2023
- (44) Article L1226-1-4 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043891457/2022-03-31
Consulté le 28 novembre 2023
- (45) Article L5213-3-1 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044797308 Consulté le 28 novembre 2023
- (46) Article L5213-15 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006903714 Consulté le 28 novembre 2023
- (47) Sous-section 2 : Formations éligibles et mobilisation du compte (Articles L6323-16 à L6323-17-6) - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA0000028686675/#LEGISCTA0000028697787 Consulté le 28 novembre 2023
- (48) Article D6323-9 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038030713/ Consulté le 28 novembre 2023
- (49) Article R6323-10 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041393503 Consulté le 28 novembre 2023
- (50) Article R6323-10-1 - Code du travail - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041393499 Consulté le 28 novembre 2023

- (51) Article R6323-10-4 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038007541 Consulté le 28 novembre 2023
- (52) Article R4624-42 - Code du travail - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033768966 Consulté le 27 novembre 2023
- (53) *Références en santé au travail - Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Synthèse de la recommandation de bonne pratique, février 2019.* <https://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST.TM%2050> Consulté le 28 novembre 2023
- (54) Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/ Consulté le 28 novembre 2023
- (55) Article R1110-1 - Code de la santé publique - Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032924972 Consulté le 28 novembre 2023
- (56) *Le comportement sédentaire au travail : de quoi parle-t-on ? - Article de revue - INRS.* <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=DC%2022> Consulté le 30 novembre 2023
- (57) *SUMER 2003. Les contraintes posturales et articulaires au travail - Article de revue - INRS.* <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20152> Consulté le 30 novembre 2023
- (58) Derry, Sheena, et al. « Topical Capsaicin (High Concentration) for Chronic Neuropathic Pain in Adults ». *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 1, n° 1, janvier 2017, p. CD007393. *PubMed*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007393.pub4>
- (59) Duriez, Valentin. *Maintien dans l'emploi des patients suivis au sein d'un centre d'évaluation et traitement de la douleur.* octobre 2021, p. 51. [dumas.ccsd.cnrs.fr, https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468302](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03468302)

Annexes

Annexe 1 : Auto-questionnaire

J'ai envoyé cet auto-questionnaire « google forms » ci-dessous par mail accompagné de ce message :

« Bonjour Monsieur/Madame, je m'appelle Julie FAWI, je suis interne en médecine du travail et je vous contacte dans le cadre de ma thèse en médecine que je réalise dans le maintien dans l'emploi concernant les personnes ayant bénéficié de patch Qutenza® au centre de la douleur de la clinique mutualiste entre 2018 et 2022.

Je vous contacte par ce mail d'une part pour vous faire part de mon étude et d'autre part pour savoir si vous voulez y participer. Il s'agit d'un questionnaire d'environ 5-10min, tout ce que vous pourrez me dire sera entièrement anonymisé lors de l'analyse des résultats de l'étude. Il faudrait me le renvoyer avant le 31/01/2024 ».

Auto-questionnaire

Facteurs personnels :

Q1. Vous êtes ? un Homme ; une Femme

Q2. Vous vivez ? : en ville ; en milieu rural

Q3. Quel est votre niveau d'études :

- Niveau bac ou moins ;
- Jusqu'au niveau licence ;
- Jusqu'au niveau master ;
- Plus de 6 années d'études

Q4. Etes-vous toujours en activité ? oui ; non

Q5. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ? oui ; non

Q6. A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ou apparteniez-vous le plus récemment ?

- Agriculteurs/exploitants ;
- Artisans/commerçants/chefs d'entreprise ;

- Cadre et professions intellectuelles supérieures ;
- Professions intermédiaires ;
- Employés ;
- Ouvriers
- Etudiant

Q7. Concernant vos ressources financières percevez-vous :

- Votre propre salaire ;
- Celui de votre conjoint ;
- Les deux salaires ;
- Aucun salaire

Q8. Touchez-vous une pension :

- Invalidité type 1,
- Invalidité type 2,
- Une maladie professionnelle,
- En invalidité fonction publique
- Aucune

Q9. Bénéficiez-vous d'une prestation sociale ? oui ; non

Q10. Avez-vous une difficulté financière ? oui ; non

Facteurs professionnels

Q11. Est-ce que selon vous le Qutenza® vous a permis de reprendre le travail ? oui ; non

Q12. Est-ce que votre travail est ou était de nature à aggraver votre syndrome douloureux ?
oui ; non

Q13. Quel était le niveau de contraintes physiques au travail :

- Sédentaire ;
- Contraintes équivalentes à celles de la vie quotidienne ;
- Contraintes posturales lourdes (position debout prolongée, le piétinement ou les déplacements à pied, la position à genoux prolongée, maintien des bras en l'air, la posture accroupie ou en torsion, la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à cadence élevée) ;

- Contraintes posturales lourdes ET manutention régulière de charges de plus de 5kg.

Q14. Sur une échelle de 0 à 10 (0 la pire et 10 la meilleure) pouvez-vous estimer votre satisfaction professionnelle avant la pathologie ? Echelle entre 0 et 10

Q15. La Douleur pour laquelle vous avez bénéficié d'un traitement par Qutenza® fait elle suite à un Accident de travail ? Oui ; non

Q16. Etiez-vous toujours en activité lors du traitement par Qutenza®? oui ; non

Q17. Quel était votre type de contrat lors du traitement par Qutenza® ? :

- CDI
- CDD,
- Intérimaire
- À son compte
- CESU
- Aucun

Q18. Si vous étiez en activité professionnelle lors de votre traitement par Qutenza®, Etait-il facile d'obtenir une disponibilité pour faire votre traitement en hôpital de jour ? oui ; non ; je n'étais pas en activité

Q19. Avez-vous eu des aménagements de poste avant le traitement par Qutenza® ? oui ; non ; je n'étais pas en activité

Q20. Si vous n'étiez pas en activité lors du traitement par Qutenza®, étiez-vous ? :

- En arrêt de travail
- En accident du travail
- En recherche d'emploi
- Sans emploi et sans recherche d'emploi
- J'étais en activité

Q21. Si vous n'étiez pas en activité pendant le traitement par Qutenza®, avez-vous repris votre activité professionnelle à la fin du traitement ? Oui ; non ; j'étais en activité

Q22. Si vous avez repris votre activité professionnelle après le traitement par Qutenza®, Avez-vous eu une adaptation de votre poste après le traitement par Qutenza® ?

- Oui

- Je n'ai pas demandé, mais j'aurais aimé avoir une adaptation de poste
- Je n'avais pas besoin d'adaptation de poste
- Non concerné

Q23. Quel type d'aménagement ? question ouverte

Q24. Combien d'aménagements y a-t-il eu ? échelle entre 0 et 10

Q25. Avez-vous eu des visites de pré reprise ? oui ; non ; non concerné

Q26. Si oui combien ? Si non répondez 0. : Echelle entre 0 et 10.

Q27. Avez-vous bénéficié d'un temps partiel thérapeutique ? oui ; non

Q28. Si oui combien de temps ? (En mois) Si non répondez 0 ? réponse ouverte

Q29. Bénéficiez-vous d'une RQTH ? oui ; non

Q30. Avez-vous réalisé une reconversion professionnelle ? oui ; non

Q31. Nombre d'arrêt de travail pris par an pour la douleur traitée par Qutenza® (en moyenne) ? question ouverte

Q32. Durée moyenne des arrêts de travail PRIS POUR LA DOULEUR (en semaine) ? question ouverte

Q33. Sur une échelle de 0 à 10 (0 la pire et 10 la meilleure) pouvez-vous estimer votre satisfaction professionnelle maintenant ? Echelle entre 0 et 10

Q34. Avez-vous été licencié pour inaptitude suite à votre problème de santé pour lequel vous êtes suivi au centre de la douleur ? oui ; non

Q35. Selon vous, quelles difficultés avez-vous eu pour la poursuite de votre activité professionnelle ? question ouverte

Données récupérées dans le dossier médical :

- Evaluation numérique de la douleur avant et après patch Qutenza®
- Score DN4 avant et après patch Qutenza®
- Traitements pris concomitamment du Qutenza®

- Score de Beck lors de la 1ere consultation douleur
- Accompagnement psychologique
- Métier
- Orientation vers le CETD par quel professionnel de santé
- Délai entre l'apparition de la 1ere douleur et la prise en charge par le CETD
- Attentes initiales lors de la prise en charge par patch Qutenza®
- Présence d'allodynie
- Siège de la douleur

Annexe 2 : Terminologie de la douleur selon l'IASP

Allodynie : Douleur provoquée par un stimulus non nociceptif ou à la pression douce.

Analgésie : Absence de douleur en réaction à une stimulation nociceptive.

Dysesthésie : Une sensation anormale désagréable, spontanée ou provoquée par une stimulation.

Hyperalgésie : Sensibilité exagérée à un stimulus nociceptif.

Hyperesthésie : Sensibilité tactile, thermique ou algique exagérée à une stimulation habituellement non nociceptive et qui entraîne de la douleur. Ce terme comprend le phénomène allodynie.

Hypoesthésie : Sensibilité diminuée à la stimulation nociceptive et non nociceptive, hormis les sens particuliers.

Paresthésie : Sensation anormale, spontanée ou provoquée (correspondant aux « fourmillements »). Il est recommandé que le terme de paresthésie soit utilisé pour décrire une sensation anormale considérée comme non désagréable, alors que le terme de dysesthésie est de préférence utilisé pour décrire une sensation anormale et considérée comme désagréable.

Annexe 3 : Questionnaire DN4

Questionnaire DN4

Un outil simple pour rechercher les douleurs neuropathiques

Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, le patient doit répondre à chaque item des 4 questions ci dessous par « oui » ou « non ».

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point

NON = 0 point

Score du Patient : /10

MODE D'EMPLOI

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire se répartit en 4 questions représentant 10 items à cocher :

- ✓ Le praticien interroge lui-même le patient et remplit le questionnaire
- ✓ A chaque item, il doit apporter une réponse « oui » ou « non »
- ✓ A la fin du questionnaire, le praticien comptabilise les réponses, 1 pour chaque « oui » et 0 pour chaque « non ».
- ✓ La somme obtenue donne le Score du Patient, noté sur 10.

Si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif (sensibilité à 82,9 % ; spécificité à 89,9 %)

D'après Bouhassira D et al. Pain 2004 ; 108 (3) : 248-57

Echelle téléchargée sur le site www.sfetd-douleur.org



Annexe 4 : Attentes vis-à-vis du CETD

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	aide au diagnostic et des traitements pour la douleur	1	3,3	6,7	6,7
	aide pour des traitements de la douleur et retrouver de l'autonomie	1	3,3	6,7	13,3
	diminuer voire supprimer la douleur	1	3,3	6,7	20,0
	l'aider à vivre et travailler avec cette douleur	1	3,3	6,7	26,7
	ne plus avoir mal	2	6,7	13,3	40,0
	ne plus avoir mal, reprendre une vie familiale normale	1	3,3	6,7	46,7
	ne plus avoir mal, retrouver le sommeil et une vie normale	1	3,3	6,7	53,3
	pas d'attentes	1	3,3	6,7	60,0
	prise en compte et diminution des douleurs	1	3,3	6,7	66,7
	retrouver de la mobilité	1	3,3	6,7	73,3
	soulager les douleurs pour retrouver de l'autonomie	1	3,3	6,7	80,0
	supprimer la douleur pour reprendre une vie familiale, professionnelle et sociale normale	1	3,3	6,7	86,7
	supprimer les douleurs nocturnes	1	3,3	6,7	93,3
	un traitement pour ne plus avoir mal	1	3,3	6,7	100,0
	Total	15	50,0	100,0	
Manquant	15	50,0			
Total	30	100,0			

Annexe 5 : Recherche d'un effet âge sur le fait d'être en emploi à T0 puis T1
chez les 30 répondants

Tableau croisé

			Activite_T0		Total
			Inactif	Actif	
Age en 2 classes	<= 50 ans	Effectif	10	4	14
		% dans Age en 2 classes	71,4%	28,6%	100,0%
	> 50 ans	Effectif	10	6	16
		% dans Age en 2 classes	62,5%	37,5%	100,0%
Total	Effectif		20	10	30
	% dans Age en 2 classes		66,7%	33,3%	100,0%

Tests du khi-carré

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-carré de Pearson	,268	1	,605		
Correction pour continuité	,017	1	,897		
Rapport de vraisemblance	,269	1	,604		
Test exact de Fisher				,709	,450
Association linéaire par linéaire	,259	1	,611		
N d'observations valides	30				

Tableau croisé

			Activite_T1		Total
			Inactif	Actif	
Age en 2 classes	<= 50 ans	Effectif	5	9	14
		% dans Age en 2 classes	35,7%	64,3%	100,0%
	> 50 ans	Effectif	6	10	16
		% dans Age en 2 classes	37,5%	62,5%	100,0%
Total	Effectif		11	19	30
	% dans Age en 2 classes		36,7%	63,3%	100,0%

Tests du khi-carré

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-carré de Pearson	,010	1	,919		
Correction pour continuité	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,010	1	,919		
Test exact de Fisher				1,000	,610
Association linéaire par linéaire	,010	1	,921		
N d'observations valides	30				

Annexe 6 : Recherche d'une influence du sexe sur le retour en emploi à T1
chez les 30 répondants

Tableau croisé

		Activite_T1		Total	
		Inactif	Actif		
Sexe	Femme	Effectif	4	12	16
		% dans sexe	25,0%	75,0%	100,0%
		% dans Activite_T1	36,4%	63,2%	53,3%
Sexe	Homme	Effectif	7	7	14
		% dans sexe	50,0%	50,0%	100,0%
		% dans Activite_T1	63,6%	36,8%	46,7%
Total		Effectif	11	19	30
		% dans sexe	36,7%	63,3%	100,0%
		% dans Activite_T1	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du khi-carré

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-carré de Pearson	2,010	1	,156		
Correction pour continuité	1,077	1	,299		
Rapport de vraisemblance	2,027	1	,155		
Test exact de Fisher				,257	,150
N d'observations valides	30				

Annexe 7 : Recherche d'une influence de l'accident de travail comme cause de la douleur sur le retour en emploi

Tableau croisé

		Activite_T1		Total	
		Inactif	Actif		
Accident de travail ?	Non	Effectif	9	15	24
		% dans Accident de travail ?	37,5%	62,5%	100,0%
		% dans Activite_T1	81,8%	78,9%	80,0%
	Oui	Effectif	2	4	6
		% dans Accident de travail ?	33,3%	66,7%	100,0%
		% dans Activite_T1	18,2%	21,1%	20,0%
Total	Effectif	11	19	30	
	% dans Accident de travail ?	36,7%	63,3%	100,0%	
	% dans Activite_T1	100,0%	100,0%	100,0%	

Tests du khi-carré

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-carré de Pearson	,036	1	,850		
Correction pour continuité	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,036	1	,849		
Test exact de Fisher				1,000	,620
N d'observations valides	30				

**Annexe 8 : Recherche d'une influence de l'aggravation de la douleur par le travail
sur le retour en emploi**

Tableau croisé

			Activite_T1		Total
			Inactif	Actif	
Travail aggrave la douleur ?	Non	Effectif	4	7	11
		% dans travail aggrave la douleur ?	36,4%	63,6%	100,0%
		% dans Activite_T1	36,4%	36,8%	36,7%
	Oui	Effectif	8	11	19
		% dans travail aggrave la douleur ?	42,1%	57,9%	100,0%
		% dans Activite_T1	63,6%	63,2%	63,3%
Total	Effectif	12	18	30	
	% dans travail aggrave la douleur ?	40%	60%	100,0%	
	% dans Activite_T1	100,0%	100,0%	100,0%	

Tests du khi-carré

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
Khi-carré de Pearson	,001	1	,979		
Correction pour continuité	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,001	1	,979		
Test exact de Fisher				1,000	,646
N d'observations valides	30				

Serment d'Hippocrate

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”