



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Comparaison de l'intensité des douleurs chroniques après un accident
de travail à l'intensité des douleurs existant dans un contexte
traumatique non lié au travail**

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 2016 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Adèle Valentin Vernet

JURY

Président :

Madame le Professeur Sobaszek

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Thevenon

Madame le Professeur Fantoni-Quinton

Monsieur le Docteur Wattier

Madame le Docteur Preud'homme

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Preud'homme

Liste des abréviations

ATMP : Accident du travail Maladie professionnelle

AT : Accident du travail

MP : Maladie professionnelle

PCS : Pain Catastrophizing Scale : Questionnaire de catastrophisme

STAI : State-trait anxiety inventory : Questionnaire d'anxiété

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

EVA : Echelle visuelle analogique

DN4 : Questionnaire de Douleur Neuropathique 4

HAS : Haute autorité de santé

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériel et méthode.....	6
Résultats	14
I. Diagramme de flux	14
II. Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population.....	16
1. L'âge.....	16
2. Le sexe.....	16
3. La catégorie professionnelle	17
4. La reconnaissance de l'ATMP	18
III. Caractéristiques de la douleur chronique.....	19
1. Localisation de la douleur	19
2. Intensité de la douleur	19
3. Evolution de la douleur à 3 et 6 mois.....	23
4. Evaluation des douleurs neuropathiques.....	24
IV. Le contexte psycho cognitif : résultats.....	25
1. L'anxiété (le questionnaire STAI)	25
2. Le catastrophisme	27
V. Résultats concernant le travail	29
1. Les contraintes psychosociales liées au travail	29
2. La reprise du travail	30
Discussion	32
Conclusion.....	38
Références bibliographiques	39
Annexe 1	43
Annexe 2	44
Annexe 3	46
Annexe 4	47

RESUME

Introduction : La prise en charge des patients présentant des douleurs chroniques de type ostéo-articulaire post traumatique et la prévention de leur désinsertion professionnelle sont complexes. Les douleurs chroniques peuvent être liées au travail et s'inscrire dans le cadre d'accident du travail ou de maladie professionnelle (ATMP). Les conséquences de la reconnaissance de ces douleurs en ATMP sont controversées.

Objectif : L'objectif de cette étude était de comparer l'intensité des douleurs chroniques après un accident de travail à l'intensité des douleurs existant dans un contexte traumatique non lié au travail. Le second objectif était de comparer les facteurs psychosociaux pouvant jouer un rôle sur l'intensité de la douleur entre ces deux groupes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, unicentrique menée au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hopital Huriez au Centre Hospitalo-Universitaire de Lille d'octobre 2014 à mars 2015. Les patients consultant pour la première fois dans le service pour une douleur ostéo-articulaire liée à un traumatisme ont été inclus puis l'intensité des douleurs a été comparée entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP » à trois reprises : lors de la première consultation d'une part, à 3 mois et enfin à 6 mois.

Résultats : 60 patients ont été inclus. Le taux d'ATMP était de 65%. L'intensité de la douleur n'était pas significativement différente entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP ». Aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux groupes concernant les facteurs psychosociaux hormis un trait de personnalité plus anxieux ($p=0,02$) dans le groupe ATMP à 6 mois. Dans le groupe ATMP, l'intensité de la douleur était corrélée au catastrophisme ($p=0,04$) et à l'amplification ($p=0,013$) alors que l'intensité de la douleur des patients du groupe pas d'ATMP était corrélée à la rumination ($p=0,03$).

Conclusion : L'intensité des douleurs chroniques des patients victimes d'ATMP n'était pas significativement différente de celles non liées au travail. La poursuite de cette étude serait nécessaire pour améliorer les connaissances sur les douleurs chroniques dans le cadre des ATMP.

INTRODUCTION

Le maintien dans l'emploi des personnes présentant une pathologie chronique ou un handicap est actuellement un enjeu considérable pour tous les acteurs de prévention. Les arrêts de travail prolongés ont un impact socio-économique important pour les patients comme pour la société (1). Ceci est particulièrement vrai pour les travailleurs souffrant de douleurs chroniques et notamment ceux présentant des douleurs ostéo-articulaires car leur prise en charge et la prévention de leur désinsertion professionnelle sont complexes. En effet, les douleurs chroniques sont responsables d'arrêts d'activité prolongés avec un retour au travail compromis et sont souvent la cause d'inaptitude (2). Selon les données retrouvées dans certains pays développés, le coût des lombalgies chroniques représenterait jusqu'à 1% du PIB (3). Les pathologies ostéo-articulaires sont aussi la première cause d'inaptitude en Picardie et dans le Nord-Pas-de-Calais devant les troubles mentaux et du comportement (2).

Des moyens ont été mis en place afin de faciliter une reprise du travail précoce dans différents pays, comme en France, en Belgique au Canada ou encore au Pays-Bas. Au Canada, le modèle de Sherbrooke a été créé pour faciliter la réinsertion professionnelle des patients en arrêt suite à des lombalgies (4). Ce modèle repose sur une prise en charge précoce du patient avec une identification rapide des individus à risque de douleur chronique, une rééducation spécifique et parallèlement un retour progressif au travail. En France, le grand nombre des intervenants favorisant la reprise du travail rend cette prise en charge plus compliquée (5). La visite de pré-reprise, généralisée pour faciliter le retour au travail, constitue une étape clé dans la prévention.

Selon l'IASP, une douleur chronique est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes de tel dommage » (6).

Le caractère chronique de la douleur est évoqué devant une douleur évoluant depuis plus de 3 ou 6 mois (7,8).

La prévalence de la douleur chronique en France est de 17% (9). Plus de 60% des personnes souffrant de douleurs chroniques rencontrent des difficultés au travail avec des conséquences sur leur qualité de vie (10). Selon une enquête réalisée par Breivik en 2006 dans 15 pays d'Europe sur l'incidence et l'impact sur la vie quotidienne de la douleur chronique, 19% des personnes présentant des douleurs chroniques avaient perdu leur emploi et 13% avaient dû changer de travail à cause de leurs douleurs (11).

La prise en charge des patients douloureux chroniques concerne tous les professionnels de santé. Dans le cadre du plan de lutte contre la douleur 1998-2000, des structures spécialisées ont été identifiées avec la création de réseaux de soins dédiés à la prise en charge de la douleur. Des plans gouvernementaux se sont ensuite succédés avec pour objectif d'assurer l'information des patients et la formation des soignants (12).

L'excès de nociception et la lésion du système somatosensoriel sont considérés comme les principales origines physiopathologiques de la douleur chronique (13). La douleur neuropathique est « une douleur secondaire à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel »(14). Il s'agit de douleurs caractérisées par des décharges électriques, des élancements, des sensations de brûlures pouvant être associées à des paresthésies ou des engourdissements s'exprimant dans un territoire nerveux. L'examen clinique constate des troubles sensitifs avec hypoesthésie ou allodynie dans la zone douloureuse. Ces douleurs peuvent survenir lors de nombreuses pathologies (neuropathie diabétique, zona, douleur centrale après un accident vasculaire cérébral, ou postopératoire) mais aussi suite à un traumatisme nerveux accidentel, ou dans le cadre de lombosciatiques (15).

Plusieurs auteurs ont déjà montré que certains facteurs psychosociaux comme le catastrophisme et l'anxiété peuvent influencer le vécu de la douleur (16,17). Deux dimensions peuvent être évaluées dans l'anxiété. L'anxiété Etat correspond à une réaction émotionnelle suite à un moment particulier. Il peut s'agir d'une appréhension, d'un sentiment d'inquiétude ressenti face à une situation précise (18). L'anxiété Trait correspond à un trait de personnalité anxieux, il s'agit d'un sentiment de tension ou de nervosité ressenti de manière habituelle (18).

La notion de catastrophisme est apparue plus récemment. Le catastrophisme est décrit par Sullivan comme un comportement exagérément négatif en réaction à la douleur (19). Son influence a été étudiée dans les douleurs chroniques post-chirurgicales notamment celles du genou et du rachis et il serait corrélé à l'apparition de douleurs postopératoires (20). Il se caractérise par un comportement de rumination des patients sur leur douleur, une amplification de son intensité et une sensation d'impuissance face à elle.

Le stress et l'insatisfaction au travail ont aussi été étudiés chez des patients lombalgiques. Il a été montré que ces deux facteurs influencent la sévérité de la lombalgie (21). Ainsi, le modèle de Karasek est utilisé pour étudier les contraintes de l'environnement psychosocial au travail (22). Il permet d'évaluer leurs effets sur la santé et plus précisément sur le plan cardio-vasculaire (23).

Les douleurs chroniques peuvent être liées à des pathologies connues ou survenir suite à des traumatismes. Les accidents peuvent survenir par le fait ou à l'occasion du travail ce qui définit un accident de travail (AT) et implique une prise en charge particulière par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) : prise en charge des soins à 100% et indemnités journalières à 60% puis 80% du salaire après 28 jours d'arrêt de travail. Certaines études montrent que cette indemnisation pourrait être à l'origine d'une reprise tardive du travail (24–26). L'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt était en 2013 de 33,8 AT pour 1000 salariés (27). Le coût moyen d'un accident de travail avec arrêt est de 3000 euros (28).

Les conséquences de la reconnaissance en accident de travail sont controversées. Une étude a montré que le fait d'avoir une reconnaissance en accident de travail est un facteur défavorable de l'efficacité d'un programme d'école du dos (29). Pour d'autres, l'impact de programmes de restauration fonctionnelle n'était pas différent entre des patients ayant une lombalgie reconnue en AT et ceux dont la lombalgie n'était pas liée au travail (30). Selon l'étude réalisée par Mohamed ali Ben Halima sur l'impact d'un AT, celui-ci augmente le risque d'être en emploi irrégulier ; c'est à dire d'alterner des périodes de plusieurs semestres au titre du salariat avec des épisodes de chômage ou de maladie. La survenue d'un AT a aussi une influence sur le nombre de jour d'arrêts de travail mais pas sur la désinsertion professionnelle (28).

Afin de prendre en charge les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle (ATMP), un modèle test a été développé par la CPAM, à travers la mise en place des « case managers ». Le but de ce dispositif est de permettre un retour au travail plus rapide en entourant le patient et en l'accompagnant de manière individuelle et précoce (31).

Aucune étude n'a à ce jour comparé l'intensité des douleurs post traumatiques liées au travail et celles survenues dans un contexte non professionnel, ni comparé les facteurs psychosociaux pouvant jouer un rôle sur l'intensité de la douleur. Certains émettent l'hypothèse selon laquelle les prolongations des arrêts en cas d'accident de travail seraient liées à une symptomatologie notamment douloureuse plus intense (24).

L'objectif de l'étude était de comparer l'intensité des douleurs chroniques liées à un accident du travail à celles faisant suite à un traumatisme non lié au travail.

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'étude :

- Objectif principal :

Comparaison de l'intensité des douleurs chroniques après un accident de travail à l'intensité des douleurs existant dans un contexte traumatique non lié au travail.

- Objectifs secondaires :

- Comparaison de l'intensité de l'anxiété et du catastrophisme chez les AT par rapport au groupe non AT
- Evaluation de la corrélation de l'intensité de la douleur avec l'anxiété
- Evaluation de la corrélation de l'intensité de la douleur avec le catastrophisme
- Evaluation de l'influence des contraintes psychosociales au travail sur l'intensité de la douleur.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective unicentrique réalisée au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de la clinique d'anesthésie et réanimation de l'Hopital Huriez au Centre Hospitalo-Universitaire de Lille.

3. Population

Tous les patients consultant dans ce service pour la première fois pour une douleur ostéoarticulaire chronique liée à un traumatisme ou à des microtraumatismes répétés ont été inclus successivement. La période d'inclusion a duré du 1^{er} octobre 2014 au 31 mars 2015.

3.1. Critères d'inclusion

Les patients inclus dans l'étude étaient des patients majeurs qui consultaient pour la première fois au centre d'anesthésie et de la douleur pour une douleur liée à un traumatisme ou à des microtraumatismes répétés.

3.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient l'absence d'activité professionnelle au moment du traumatisme, l'âge inférieur à 18 ans ainsi que l'incapacité de comprendre les informations fournies lors de l'inclusion ou les consignes des questionnaires.

4. Méthode

4.1. Les auto-questionnaires

Le recueil des données s'est déroulé en 3 temps à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

Les questionnaires sont habituellement utilisés en consultation de la douleur et font partie de l'évaluation systématique.

Lors de la première consultation, un médecin du Centre évaluait la cause des douleurs et proposait aux patients présentant les critères d'inclusion de participer à l'étude. Après leur avoir transmis une information écrite sur les objectifs de l'étude et reçu leur consentement oral, l'infirmière du service remettait aux patients le premier questionnaire.

Chacun des soignants intervenant dans la démarche d'inclusion avaient bénéficié d'une formation sur les objectifs de l'étude, ses critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que sur son déroulement.

Le deuxième et le troisième questionnaire étaient envoyés par la poste au domicile du patient à trois et six mois de la première consultation. Ils étaient accompagnés d'une enveloppe timbrée pour l'envoi de la réponse. En l'absence de retour du questionnaire, les patients étaient rappelés afin de limiter le nombre de perdus de vue.

Le premier questionnaire recueillait les informations démographiques et socio-économiques des patients inclus. Il relevait la localisation, l'intensité, et l'évolution de la douleur, ainsi que la présence ou non de douleurs neuropathiques. Il interrogeait sur les facteurs pouvant influencer la douleur ainsi que sur les risques psychosociaux liés au travail. Enfin, il collectait le type de traumatisme et la durée de l'arrêt de travail.

Le deuxième et le troisième questionnaire ont permis un recueil à 3 et 6 mois de l'intensité de la douleur, de son évolution, des facteurs qui l'influencent tels que l'anxiété et le catastrophisme et de la présence de douleurs neuropathiques.

4.1.1 Les critères démographiques et socio-économiques

Trois critères étaient relevés :

- l'âge,
- le sexe,
- la profession lors du traumatisme.

Les professions ont été divisées en 10 catégories selon la classification internationale type de profession (CITP-08). Cette nomenclature est la plus utilisée pour l'analyse de la morbidité en lien avec la profession et est gérée par le bureau international du travail (BIT) (32).

4.1.2. La localisation de la douleur

Les patients indiquaient la localisation de leur douleur sur un schéma en hachurant la zone douloureuse.

4.1.3. L'intensité de la douleur

L'intensité de la douleur était évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). Il s'agit d'une échelle simple et rapide, dont l'utilisation est recommandée par la haute autorité de santé (HAS) (33). Elle se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 100 mm. Les descriptions « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable » sont inscrites à chaque extrémité.

Le résultat s'obtient en mesurant la distance entre le trait effectué par le patient et l'extrémité indiquant qu'il n'y a pas de douleur. Cette échelle a été utilisée pour recueillir le niveau de douleur habituel, dans les pires et dans les meilleurs moments.

4.1.4 Ressentie de l'évolution de la douleur

L'évolution de la douleur autoestimée était recueillie à l'aide de la question : depuis le début votre douleur a-t-elle augmenté, ou diminué ou est-elle restée semblable ?

4.1.5. Evaluation des douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques ont été diagnostiquées grâce au questionnaire douleur neuropathique 4 (DN4) proposé par Bouhassira (34). La partie concernant l'examen clinique utilisé initialement dans le DN4 n'a pas été nécessaire au recueil. Ce questionnaire était composé de 7 questions auxquelles les patients devaient répondre par oui ou par non. La douleur était dite neuropathique si plus de trois réponses étaient positives. Les thèmes abordés étaient la présence de brûlure, sensation de froid, décharge électrique, fourmillement, picotement, engourdissement, démangeaison.

4.1.6. Les facteurs psychiques qui pourraient influencer l'intensité la douleur

- L'anxiété :

L'anxiété était mesurée à l'aide du State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Il permet de mesurer l'anxiété Etat et l'anxiété Trait. Ce questionnaire a été créé en 1983 par Spielberger et la version française a été validée en 1993 (35). L'anxiété Etat représente le stress, le sentiment d'appréhension ou de tension que peut ressentir un individu à un moment donné. L'anxiété Trait évalue un trait de personnalité, c'est-à-dire qu'il évalue ces mêmes symptômes mais ressenti par un sujet de façon habituelle. Il s'agit d'un questionnaire en 40 questions, 20 questions pour la partie STAI Etat et 20 pour la partie STAI Trait. Les questions sont quotées de 1 à 4, 1 indiquant une anxiété faible et 4 représentant une anxiété élevée (18). Plus le score est élevé plus l'anxiété est intense.

- Le catastrophisme :

Le catastrophisme (aussi appelé dramatisation) est défini, selon Sullivan, comme un sentiment très négatif qui se crée pendant une expérience de la douleur en cours ou à venir. Le score « Pain Catastrophizing Scale » permet de repérer les patients dits catastrophistes. Proposé par Sullivan (19), il est composé de 13 items. Les questions 8, 9, 10, 11 permettent de repérer les patients ayant des ruminations et se focalisant sur les aspects négatifs de leurs douleurs. Les questions 6, 7 et 13 recueillent l'amplification de l'intensité de la douleur ou son exagération. L'impuissance ou la notion d'incapacité de faire face à la douleur sont évaluée par les questions 1, 2, 3, 4, 5, 12.

Chaque réponse est notée de 0 (pas du tout) à 4 (en permanence). Un score élevé correspond à un niveau de catastrophisme intense.

4.1.7. Les facteurs psychosociaux au travail

Le questionnaire de Karasek permet d'évaluer le stress professionnel. Il est utilisé dans de nombreuses publications et a été validé en version française (23).

Il évalue 3 situations différentes au travail : la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le support social.

- La latitude décisionnelle correspond aux marges de manœuvre ou à la possibilité de prendre des décisions et est analysée grâce aux questions 1, 2, 3, 4, 7, 9, 6, 5, 8.
- La demande psychologique représente la charge de travail, les contraintes de temps, ou encore le fait de devoir interrompre une tâche pour en commencer une autre. Elle est détectée par les questions 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18.
- Le support social correspondant aux relations avec les collègues et la hiérarchie est mesuré dans les questions 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29. Chaque question est notée de 1 à 4.

Plus le score augmente dans chaque partie plus la latitude, le soutien ou la demande augmente. Un niveau de latitude décisionnelle faible et une charge de travail intense contribuent à un niveau de tension élevée. Cet état est qualifié de « Jobstrain » pouvant être associé à des pathologies cardio vasculaire (23). Un « jobstrain » combiné à un faible soutien social est appelé « isostrain ». La satisfaction au travail est associée positivement avec la latitude décisionnelle et le soutien social. Elle est associée négativement aux exigences psychologiques (22).

4.1.8. Contexte du traumatisme

Les patients indiquaient le type de traumatisme dont ils avaient été victimes en précisant s'il s'agissait d'un accident de la voie publique, d'un accident domestique, d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'une autre situation.

Les pathologies secondaires à des microtraumatismes répétés qu'ils s'agissent de maladies professionnelles ou de microtraumatismes survenus en dehors de l'exercice professionnel ont été inclus.

La reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle était également renseignée.

La question du retour au travail était aussi abordée en demandant s'ils avaient repris leur travail au moment de la consultation, ou si non, s'ils avaient essayé.

5. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Prism 6 (Graphpad Software, INC., La Jolla, CA, USA) et Excel version 2011 (Microsoft corporation, Palo Alto, CA, USA). Les variables qualitatives sont exprimées en fréquence et pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne, médiane, valeur minimale et maximale. Le test de Shapiro-Wilk permettait de s'assurer de la distribution normale des variables étudiées. Lorsque la distribution était normale, des tests paramétriques étaient utilisés.

Pour les comparaisons de variables qualitatives le test du Chi² ou le test exact de Fisher, lorsqu'une valeur était inférieure à 5, ont été réalisés. Le test de Student ou le test non paramétrique de Mann-Whitney ont été utilisés pour les comparaisons de moyenne ou de médiane. Le test de Pearson ou le test non paramétrique de Spearman ont permis de rechercher des corrélations entre les paramètres quantitatifs. Une valeur du p inférieur à 0,05 était considérée comme significative. Lorsque sa valeur était supérieure à 0,5, celle-ci était retranscrite dans les tableaux sous l'abréviation NS (non significatif).

RESULTATS

I. Diagramme de flux

60 patients ont été inclus lors de la première consultation à J0.

39 personnes (65%) étaient reçues dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (ATMP) et 21 personnes (35%) avaient un traumatisme non lié au travail correspondant à un accident domestique, un accident de la voie publique ou un accident d'un autre type.

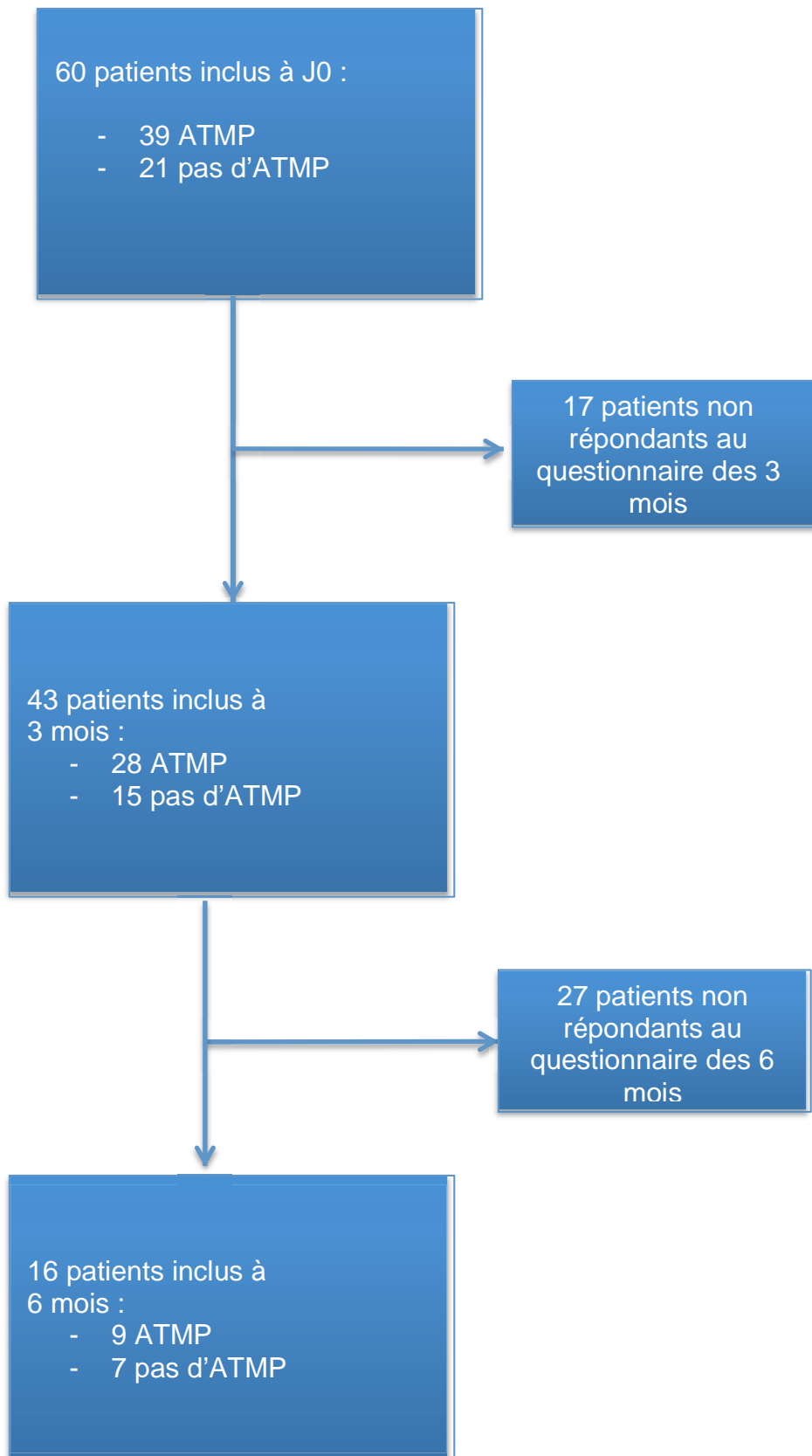
Ces traumatismes non liés au travail ont été rassemblés dans un même groupe appelé « pas d'ATMP ».

43 personnes sur 60 ont répondu au questionnaire envoyé à 3 mois après la première consultation, soit 71,6%. Pour 28 d'entre eux, le traumatisme était un ATMP (65%) et pour les 15 autres (35%), il s'agissait d'une autre cause.

16 patients ont répondu au questionnaire envoyé à 6 mois soit 26,6%. 9 (56%) faisaient parti du groupe ayant présenté un ATMP et 7 n'avaient pas présenté d'ATMP (44%). (Figure 1)

Il n'existait pas de différence significative dans la répartition des patients au sein des groupes ATMP et pas d'ATMP à J0, 3 et 6 mois. ($p=NS$)

Figure 1 : Diagramme de flux, J0 : première consultation de la douleur ; ATMP : groupe dont le traumatisme est lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle ; pas d'ATMP : groupe dont le traumatisme n'est pas lié au travail.



II. Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population

1. L'âge

L'âge moyen était de 42,1 ans ($\pm 9,9$).

Il n'y avait pas de différence significative entre l'âge dans le groupe ATMP et celui du groupe pas d'ATMP à J0. (tableau1)

2. Le sexe

Il y avait 27 femmes (46%) et 33 hommes (54%) dans l'effectif total. 15 femmes dans le groupe ATMP et 12 dans le groupe pas d'ATMP. Cette différence était non significative. (Tableau 1)

Tableau 1 : caractéristiques démographiques de la population dans les groupes « ATMP » et « pas d'ATMP » à J0.

	Population incluse (n=60)	ATMP (n=39)	Pas d'ATMP (n=21)	p
Sexe féminin	27(46%)	15(38,5%)	12(57,1%)	0,18
Sexe masculin	33(54%)	24(61,5%)	9(42,9%)	0,18
Age	42,1($\pm 9,9$)	41,4($\pm 1,5$)	43,3($\pm 2,3$)	0,49

ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle ; Pas d'ATMP : pas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Age : résultats exprimés en moyenne (écart type) et test statistique de Student ou Mann Whitney.

Sexe : résultats exprimés en nombre de patients concernés (%) et test statistique de chi2.

3. La catégorie professionnelle

La population était répartie en dix classes professionnelles selon le code CITP. La classe professionnelle la plus représentée était celle des personnels des services directs aux particuliers dans laquelle on retrouve par exemple les aides-soignants, les caissiers, ou encore les cuisiniers. Les métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat pouvaient correspondre aux métiers de mécanicien, couvreur ou menuisier. Les professions intermédiaires désignent entre autres les secrétaires, les infirmiers ou les ambulanciers. Les professions moins représentées étaient celles de professions intellectuelles et scientifiques et celles des agriculteurs. Trois personnes n'avaient pas indiqué leur profession dans le questionnaire. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition de la population selon la classe professionnelle :

	Effectif	Pourcentage
Directeurs, cadres de direction et gérants	2	3,3
Professions intellectuelles et scientifiques	1	1,7
Professions intermédiaires	10	16,7
Employés de type administratif	4	6,6
Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs	16	26,7
Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche	1	1,7
Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat	12	20
Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage	6	10
Professions élémentaires	5	8,3
Profession non connue	3	5
Total	60	100

4. La reconnaissance de l'ATMP

88,8% des patients (32/36) qui ont présenté une douleur chronique suite à un ATMP ont déclaré que leur ATMP avait été reconnu par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

III. Caractéristiques de la douleur chronique

1. Localisation de la douleur

Afin de décrire les caractéristiques de la douleur, la localisation a été relevée.

Dans la population totale, 16 (27%) présentaient des douleurs du membre supérieur, 13 (22%) du membre inférieur, et 8 (13%) avaient des douleurs du rachis. 23 (38%) personnes présentaient des douleurs au niveau de plusieurs de ces localisations.

2. Intensité de la douleur

A J0, la moyenne de l'EVA lors d'un moment habituel dans l'effectif total était de 65,2. L'intensité de la douleur n'était pas significativement différente entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP » ($p=0,10$). (Tableau 3)

Tableau 3 : Intensité de la douleur mesurée à l'aide de l'EVA lors de la première consultation (J0) pour prise en charge de la douleur chronique dans les groupes « ATMP », et « pas d'ATMP »

	Population incluse (n=60)	ATMP (n=39)	Pas d'ATMP (n=21)	p
EVA de façon habituelle	65,2 ; 65(20, 100)	67,6 ; 70(20, 100)	60,7 ; 60(25, 100)	0,10
EVA au pire moment	89,4 ; 90(55, 100)	90,3 ; 90(55, 100)	87,9 ; 85(70, 100)	0,27
EVA au meilleur moment	39 ; 40(0, 100)	42,3 ; 40(0, 100)	32,9 ; 30(0, 90)	0,06

Résultats exprimés en moyenne ; médiane (minimal, maximal)

ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle ; Pas d'ATMP : pas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Test statistique de Student ou de Mann-Whitney

A 3 mois, l'EVA moyenne était de 59,1. L'intensité de la douleur chronique survenue après un ATMP n'était pas significativement plus élevée que chez les patients ayant eu un traumatisme non lié au travail ($p=0,63$). (Tableau 4)

Tableau 4 : Intensité de la douleur mesurée à l'aide de l'EVA à 3 mois de la prise en charge de la douleur dans les groupes « ATMP », et « pas d'ATMP »

	Population incluse (n=28)	ATMP (n=15)	Pas d'ATMP (n=43)	p
EVA de façon habituelle	59,1 ; 57,5(5, 100)	58,1 ; 50(5, 100)	61 ; 65(25, 100)	NS
EVA au pire moment	84,4 ; 90(25, 100)	87,4 ; 90(50, 100)	78,7 ; 85(25, 100)	0,16
EVA au meilleur moment	42,2 ; 37,5(0, 100)	41 ; 35(0, 100)	44,3 ; 50(5, 100)	NS

Résultats exprimés en moyenne ; médiane (minimal, maximal)

ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle ; Pas d'ATMP : pas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Test statistique de Student ou Mann-Whitney

A 6 mois, la moyenne de l'EVA était de 54. Les douleurs des patients victimes d'un ATMP n'étaient pas significativement plus intenses que celles des patients dont le traumatisme n'était pas lié au travail ($p=0,24$). (Tableau 5)

Tableau 5 : Intensité de la douleur mesurée à l'aide de l'EVA à 6 mois de la prise en charge de la douleur dans les groupes « ATMP », et « pas d'ATMP »

	Population incluse (n=16)	ATMP (n=9)	Pas d'ATMP (n=7)	p
EVA de façon habituelle	54,1 ; 50 (15, 100)	61,7 ; 60 (15, 100)	44,3 ; 50 (15, 80)	0,24
EVA au pire moment	80,6 ; 87,5 (35, 100)	84,4 ; 90 (60,100)	75,7 ; 80 (35 ; 100)	NS
EVA au meilleur moment	40,9 ; 30 (5, 100)	51,1 ; 50 (15, 100)	27,9 ; 25 (5, 60)	0,13

Résultats exprimés en moyenne ; médiane (minimal, maximal)

ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle ; Pas d'ATMP : pas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Test statistique de Mann-Whitney

Dans le groupe ATMP, l'EVA habituelle à J0 était significativement différente de l'EVA habituelle à 3 mois, avec une baisse constatée de 13,5% ($p=0,04$). Il n'existait pas de différence significative entre les EVA à J0 et 3 mois dans le groupe « pas d'ATMP ».

Afin d'évaluer si les douleurs des patients ayant répondu à 3 mois et 6 mois étaient plus intenses que celles des patients n'ayant pas répondu nous avons comparé l'intensité de la douleur à J0 entre les répondants et les non-répondants.

Les patients ayant répondu au questionnaire à 3 mois ne présentaient pas une douleur significativement plus élevée que ceux n'ayant pas répondu au questionnaire ($p=0,75$). Les médianes des patients répondants et des perdus de vue étaient de 65 pour les deux groupes.

La médiane des EVA habituelles à J0 des patients répondants à 6 mois, était de 67,5 et celle des non répondants de 65,0. Cette différence était non significative ($p=NS$).

3. Ressenti de l'évolution de la douleur à 3 et 6 mois

A 3 mois, 11 patients (26,2%) avaient une impression de douleur augmentée, diminuée pour 13 patients (31%) et semblable chez 18 d'entre eux (42,8%). Il n'y avait pas de différence significative entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP » ($p=NS$)

A 6 mois, 3 patients (18,75%) répondaient que leur douleur avait augmenté, 8 patients (50%) signalaient avoir une douleur diminuée et 5 autres (31,25%) ressentait une stabilité de leur symptomatologie.

Les patients présentant une baisse de la douleur étaient significativement plus nombreux dans le groupe « pas d'ATMP » ($p=0,04$). D'autre part, la douleur était restée semblable pour une proportion de patients significativement plus importante dans le groupe ATMP que dans le groupe « pas d'ATMP » ($p=0,03$). (Figure 2)

Ressenti de l'évolution de la douleur

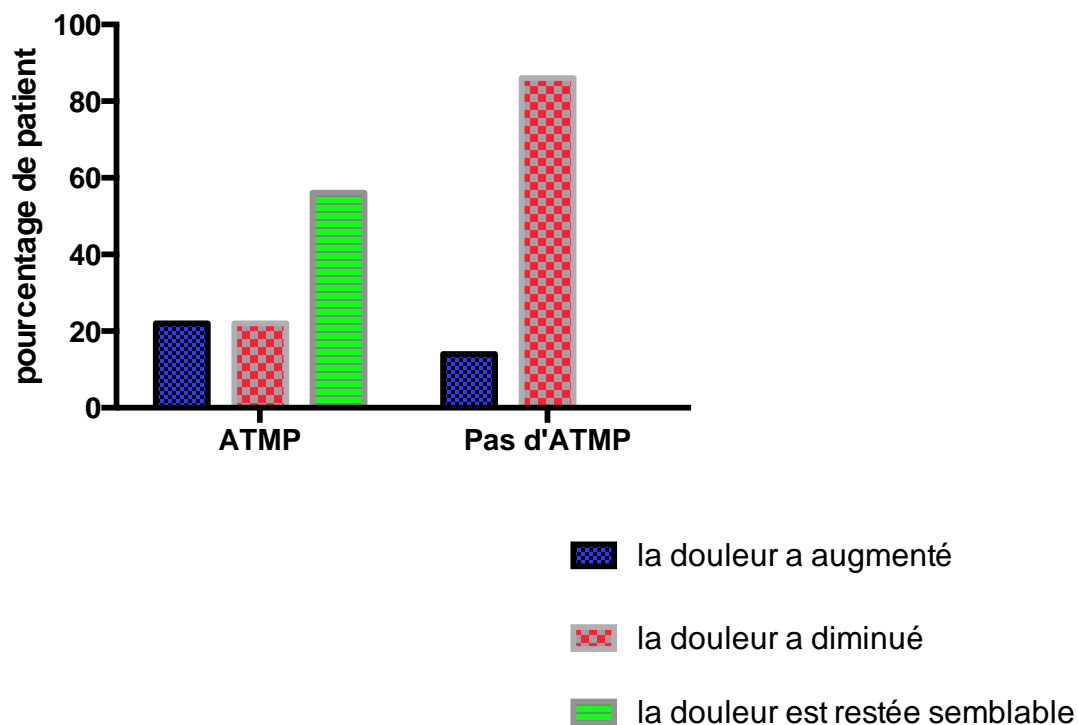


Figure 2 : Ressenti de l'évolution de la douleur dans le cadre des groupes ATMP et « pas d'ATMP » à 6 mois de la première consultation dans le service.

4. Evaluation des douleurs neuropathiques

76,6% des patients inclus présentaient des douleurs neuropathiques évaluées par le DN4. Ces douleurs ont été comparées dans le groupe ATMP et « pas d'ATMP ». Les douleurs neuropathiques étaient présentes en proportion non significativement différente entre les patients du groupe ATMP et « pas d'ATMP » ($p=NS$)

De même, le pourcentage de douleur neuropathique à 3 mois était de 76,7%, et de 75% à 6 mois sans différence significative entre le groupe ATMP et « pas d'ATMP » ($p=NS$).

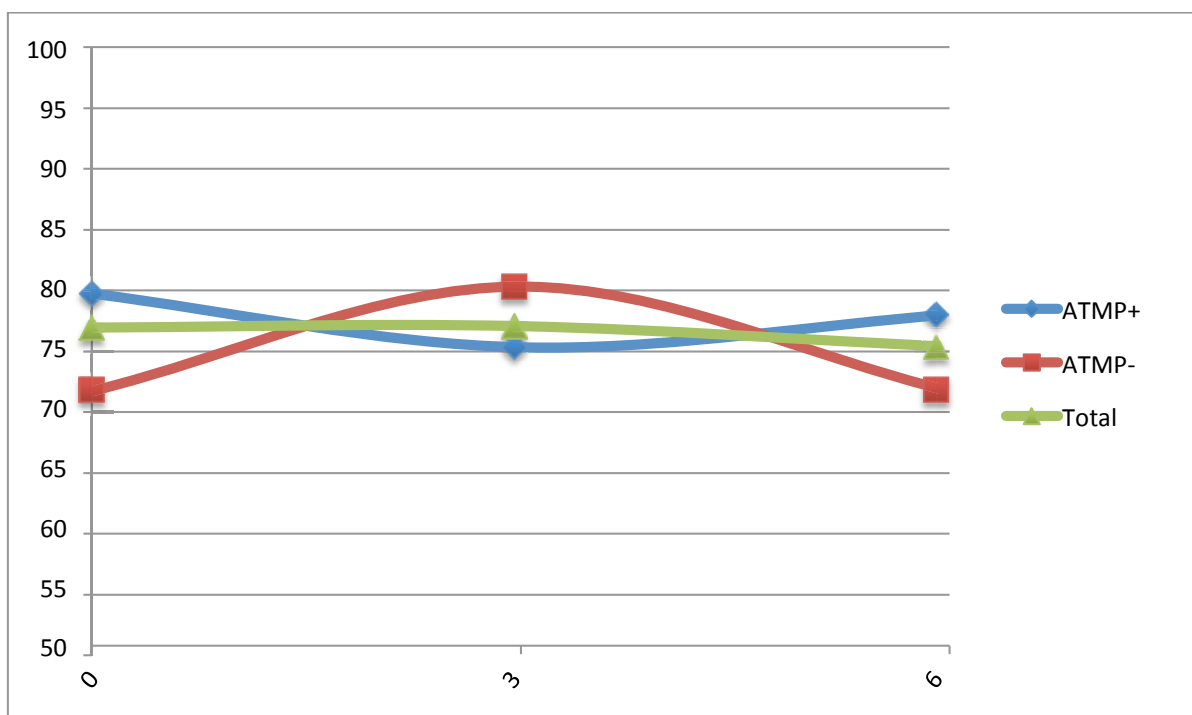


Figure 3 : pourcentage des douleurs neuropathiques à J0, 3 mois et 6 mois dans le groupe ATMP et « pas d'ATMP ».

IV. Le contexte psycho cognitif : résultats

1. L'anxiété (le questionnaire STAI)

a. Anxiété dans le groupe ATMP et « pas d'ATMP »

La moyenne des scores de l'anxiété Etat dans l'effectif total était de 46,9 ($\pm 13,9$) à J0 et celle des scores de l'anxiété Trait était de 47,6 ($\pm 14,1$).

La médiane du test STAI Etat à J0 était de 49 dans le groupe ATMP et de 48 dans le groupe « pas d'ATMP ».

Les résultats d'anxiété Etat n'étaient pas significativement plus élevés chez les ATMP comparativement au groupe « pas d'ATMP » lors de la première consultation de prise en charge de la douleur ($p=NS$). Il n'y avait pas non plus de différence significative pour les résultats d'anxiété Trait entre ces deux groupes ($p=NS$).

A 3 mois, la moyenne des scores de l'anxiété Etat dans l'effectif total était de 47,3 ($\pm 15,8$) et celle de l'anxiété Trait était de 49,2 ($\pm 15,3$).

Les scores d'anxiété Etat et d'anxiété Trait n'étaient pas significativement différents entre les patients souffrants de douleur chronique ayant eu un ATMP et ceux dont le traumatisme n'était pas lié au travail avec respectivement $p=0,36$ et $p=NS$.

A 6 mois, la moyenne des scores de l'anxiété Etat dans l'effectif total était de 47 ($\pm 18,9$) et celle de l'anxiété Trait était de 48,9 ($\pm 9,1$). Les résultats d'anxiété Etat n'étaient pas différents de manière significative entre les deux groupes ($p=0,07$). En revanche, l'anxiété Trait était plus intense dans le groupe ATMP avec un score à 53,1 comparativement au groupe « pas d'ATMP » qui présentait un score de 43,6 ($p=0,02$). (Figure 4)

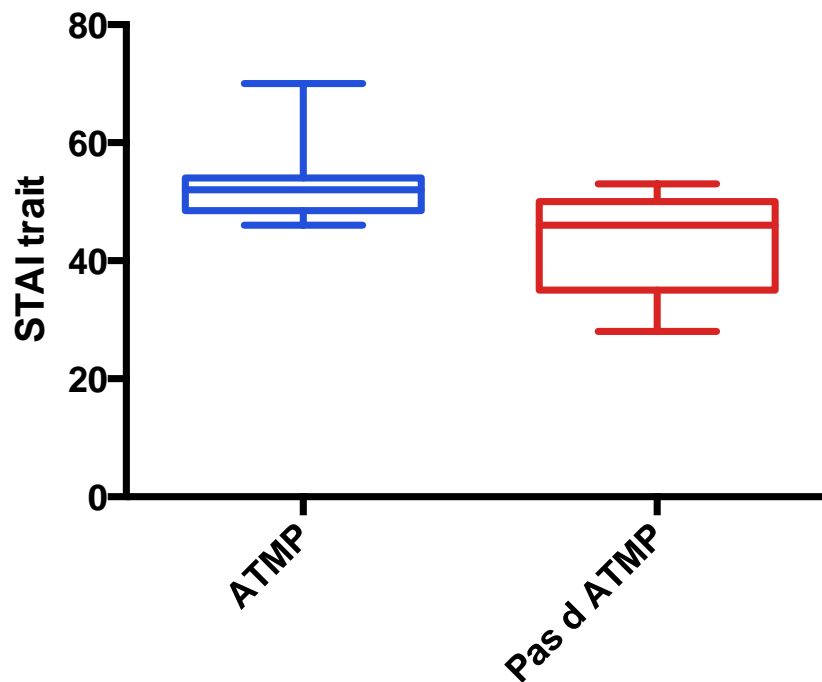


Figure 4 : Mesure de l'anxiété Trait dans les groupes ATMP et « pas d'ATMP » à 6 mois.

b. Corrélation entre l'anxiété et l'intensité de la douleur

Ces tests de corrélation ont été réalisés dans le groupe ATMP et dans le groupe « pas d'ATMP ». Le but était de rechercher si les mêmes corrélations étaient retrouvées dans les deux groupes.

Dans le groupe ATMP, ni l'anxiété Etat ni l'anxiété Trait n'était corrélées de façon significative à l'intensité de la douleur chronique ($p=NS$).

Dans le groupe « pas d'ATMP », l'anxiété Etat et l'anxiété Trait n'étaient pas non plus corrélées à l'intensité de la douleur avec p respectivement égal à 0,41 et 0,14.

2. Le catastrophisme

a. Catastrophisme dans les groupes ATMP et « pas d'ATMP »

Pour évaluer si les patients victimes d'ATMP étaient plus « catastrophistes » que les autres, nous avons comparé le score PCS dans le groupe ATMP à celui dans le groupe « pas d'ATMP ».

Lors de la première consultation, la moyenne du catastrophisme était de 25,21 ($\pm 11,18$). La médiane du catastrophisme total ainsi que celle de ses 3 sous-parties (l'impuissance, l'amplification et la rumination) n'étaient pas significativement différentes entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP ». (Tableau 6)

Tableau 6 : Score PCS (catastrophisme) lors de la première consultation dans les groupes ATMP et « pas d'ATMP »

	Population incluse (n=60)	ATMP (n=39)	Pas d'ATMP (n=21)	Degré de significativité p
Impuissance	12,58 ; 13 (0, 23)	12,6 ; 13 (0, 23)	12,6 ; 13 (3, 22)	NS
Amplification	4,5 ; 4 (0, 12)	4,6 ; 4 (0, 12)	4,3 ; 4 (0,11)	NS
Rumination	8,1 ; 8 (0, 16)	8,1 ; 8 (0, 16)	8,1 ; 8 (0, 15)	NS
Catastrophisme total	25,2 ; 24,5 (1, 46)	25,3 ; 23 (1, 44)	24,3 ; 26 (4, 46)	NS

Résultats exprimés en moyenne ; médiane (minimal, maximal)

ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle ; Pas d'ATMP : pas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Test statistique de Student ou Mann-Whitney

A 3 mois, la moyenne du score de catastrophisme était de 23,5 ($\pm 15,8$). Les médianes du score de catastrophisme et de chacune de ses sous-parties ne présentaient pas de différence entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP » ($p=NS$).

A 6 mois, il n'y avait pas non plus de différence significative entre les deux groupes : $p=0,18$ pour l'impuissance, $0,24$ pour l'amplification, $0,33$ pour la rumination et $0,31$ pour le catastrophisme total.

b. Corrélation entre le catastrophisme et l'intensité de la douleur

Comme pour l'anxiété, les tests de corrélations ont été effectués au sein des 2 populations, ATMP et « pas d'ATMP ».

Dans le groupe ayant présenté une douleur chronique suite à un ATMP, le sous-score amplification était corrélé à l'intensité de la douleur chronique à J0 ($p=0,013$). Le catastrophisme était aussi corrélé à cette intensité avec $p=0,04$. L'impuissance et la rumination n'étaient pas corrélées à l'intensité de la douleur avec des degrés de significativité respectifs de $p=0,06$ et $p=0,35$.

Dans le groupe « pas d'ATMP », les corrélations entre le catastrophisme et ses sous-scores avec l'intensité de la douleur chronique étaient différentes par rapport au groupe « ATMP ».

Seule la sous-partie rumination était corrélée à l'intensité de la douleur ($p=0,03$). L'impuissance et le catastrophisme n'étaient pas corrélés avec l'intensité de la douleur de manière significative ($p=0,06$). L'amplification n'était pas non plus corrélée à l'intensité de la douleur ($p=0,38$).

Des tests de corrélation ont été réalisés entre le catastrophisme à J0 et l'intensité de la douleur à 3 mois afin de rechercher si le catastrophisme à J0 était prédictif de l'intensité de la douleur à 3 mois. Dans l'effectif total, il n'y a pas de corrélation entre le catastrophisme à J0 et l'intensité de la douleur à 3 mois. En revanche, le catastrophisme à J0 serait prédictif de l'intensité de la douleur à 3 mois avec $p=0,016$ dans le groupe ATMP. On ne retrouve pas cette corrélation dans le groupe « pas d'ATMP » ($p=NS$).

V. Résultats concernant le travail

1. Les contraintes psychosociales liées au travail

- a. Les facteurs psychosociaux au travail dans le groupe ATMP et « pas d'ATMP »

La moyenne de la latitude décisionnelle dans l'effectif total était de 26,3 ($\pm 5,9$), celle de la demande psychologique était de 21,7 ($\pm 3,9$) et celle du support social de 31,2 ($\pm 0,9$).

La latitude décisionnelle, la demande psychologique et le support social ont été comparés dans les deux groupes.

Ces 3 scores du questionnaire de Karasek n'étaient pas significativement différents entre les patients victimes d'ATMP et ceux victimes d'un traumatisme non lié au travail. Les résultats sont représentés dans le tableau 7.

Tableau 7 : variables quantitatives des sous-scores du questionnaire de Karasek dans les groupes ATMP, et « pas d'ATMP »

	Population incluse (n=60)	ATMP (n=39)	Pas d'ATMP (n=21)	Degré de significativité p
Latitude décisionnelle	26,3 ; 26,5 (9, 35)	26,1 ; 27 (9, 33)	26,7 ; 25 (9, 35)	NS
Demande psychologique	21,7 ; 21,5 (15, 31)	21,4 ; 21 (15, 29)	22,3 ; 22 (15, 31)	NS
Support social	31,2 ; 32 (15, 44)	31,2 ; 32 (15, 42)	31,2 ; 32 (21, 44)	NS

Résultats exprimés en moyenne ; médiane (minimal, maximal).

ATMP : Accident du Travail Maladie Professionnelle ; Pas d'ATMP : pas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Test statistique de Student ou Mann-Whitney

- b. Corrélation entre les facteurs psychosociaux au travail et l'intensité de la douleur

En utilisant les tests de corrélation, on ne retrouvait pas d'influence de l'environnement psychosocial au travail sur l'intensité de la douleur de façon significative. Ni la demande psychologique ($p=NS$), ni la latitude décisionnelle ($p=NS$), ni le support social ($p=0,09$) n'étaient corrélés à l'intensité de la douleur chronique.

2. La reprise du travail

- a. Le retour effectif au travail

Le retour au travail a été évalué dans la population à J0 et comparé entre le groupe ATMP et « pas d'ATMP ».

Lors de la première consultation de la douleur, 11 patients (18,3%) travaillaient toujours, 16 (26,7%) avaient arrêté de travailler depuis moins d'un an et 33 (55%) avaient arrêté de travailler depuis plus d'un an.

Il n'existait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la proportion de patients travaillant, en arrêt de moins d'un an et en arrêt de plus d'un an.

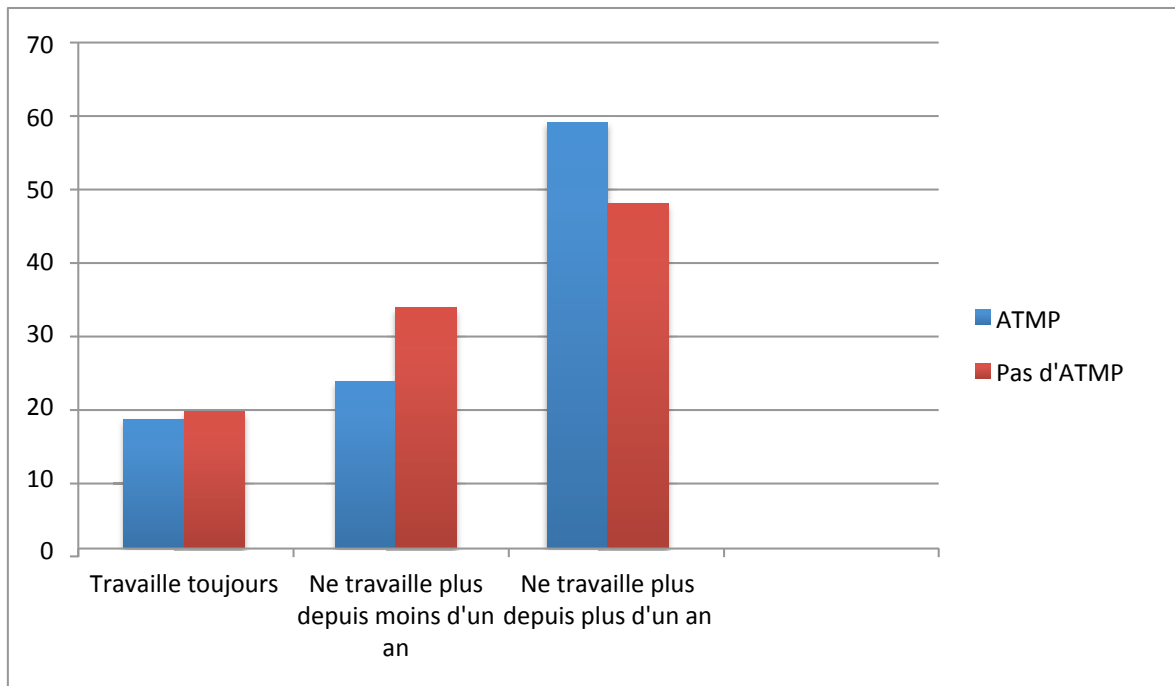


Figure 5 : Population en activité ou en arrêt de travail dans le groupe ATMP et dans le groupe pas d'ATMP.

b. Les essais de reprise

La notion de tentative de reprise du travail a été comparée entre le groupe ATMP et « pas d'ATMP ».

Chez les 49 patients n'ayant pas repris leur travail, 14 déclaraient avoir essayé de reprendre, 9/32 dans le groupe ATMP et 5/17 dans le groupe « pas d'ATMP ». Cette différence était non significative ($p=NS$).

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de comparer l'intensité de la douleur chronique survenue à la suite d'un AT avec l'intensité de celles survenues dans un contexte traumatique non lié au travail. Cette étude a été menée sur 3 périodes : lors d'une première consultation au Centre d'Anesthésie et de la Douleur, à 3 mois et à 6 mois du début de la prise en charge.

L'intensité de la douleur n'était pas significativement plus intense dans l'un des deux groupes ni à J0, ni à 3 mois, ni à 6 mois.

Sur le plan de l'anxiété, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour les scores d'anxiété Etat. En revanche, un trait de personnalité plus anxieux était retrouvé dans le groupe ATMP à 6 mois ($p=0,02$).

Le catastrophisme n'était pas non plus significativement plus intense dans le groupe ATMP que dans celui « pas d'ATMP » avec $p=NS$.

Dans le groupe ATMP, l'anxiété n'était pas corrélée à l'intensité de la douleur ($p=NS$). Le catastrophisme et l'amplification étaient corrélés à l'intensité de la douleur à J0 (p respectivement de 0,013 et 0,04). Le catastrophisme à J0 était prédictif de l'intensité de la douleur à 3 mois ($p=0,016$).

Dans le groupe « pas d'ATMP », aucune corrélation n'existait entre l'anxiété et l'intensité de la douleur. Seule la rumination était corrélée de manière significative avec l'intensité de la douleur ($p=0,03$). Le catastrophisme n'était pas prédictif de l'intensité des douleurs.

Les facteurs psychosociaux au travail n'étaient pas différents de façon significative entre les deux groupes. Ils n'avaient pas d'influence significative sur l'intensité de la douleur. Il n'y avait pas significativement plus de patients travaillant dans le groupe « pas d'ATMP ».

L'intensité de la douleur moyenne dans notre étude était de 65,2. Ce chiffre était comparable à l'EVA de patients dans une étude réalisée par Gueran qui était de 67,8 (10).

Il s'agissait d'une étude évaluant l'intérêt d'une concertation pluridisciplinaire entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques. L'intensité de la douleur suite à une blessure liée au travail a déjà été étudiée. Une étude menée en Nouvelle-Zélande a comparé la douleur suite à une blessure liée au travail ou sans lien avec le travail. Les résultats étaient comparables aux nôtres et ne présentaient pas de différence significative à 3 mois comme à 12 mois entre les deux groupes (36).

En France, en 2010, les accidents ayant amené à consulter un médecin généraliste au cours de l'année dans la population des 15-85 ans étaient composés à 23% d'accidents du travail, 13% d'accident de la circulation et 64% d'accident domestiques (37). Dans notre étude, 65% des patients consultant pour la prise en charge d'une douleur chronique post traumatique appartenaient au groupe ATMP. La surreprésentation des ATMP au sein des consultations de la douleur pourrait être liée d'une part à une orientation et une prise en charge satisfaisantes dans cette population. D'autre part, la forte proportion d'accident du travail dans notre population pourrait s'expliquer par la survenue plus fréquente de douleur chronique suite à un accident du travail. En effet, notre étude ne retrouve pas de différence d'intensité de douleurs entre les deux groupes mais une étude supplémentaire pourrait être menée afin de comparer notre population à l'ensemble des patients victimes de traumatisme et de rechercher si le nombre de patients souffrant de douleur chronique est plus important lorsque le traumatisme est lié au travail. Par ailleurs, un article montre que les sujets dont la douleur est liée au travail ont plus recours aux soins que les autres et sont plus susceptibles d'être suivis en rééducation (38).

Des questionnaires de cas ont été mis en place récemment par la sécurité sociale afin d'orienter de façon précoce les victimes d'accident du travail sévère et d'éviter ainsi la chronicité des symptômes et l'apparition d'une incapacité (39). Chaque « case manager » est responsable d'environ quarante cas et fait le lien avec le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail. Ce modèle est encore à l'état de test et doit être validé pour pouvoir être généralisé.

L'EVA était utilisée dans notre étude afin d'évaluer l'intensité de la douleur. Selon l'HAS, cette échelle est à proposer en première intention avant l'échelle numérique ou l'échelle verbale simple (33). Cependant, l'échelle numérique est très souvent utilisée dans la littérature ne permettant pas toujours de comparer nos résultats.

D'autre part, de nombreux auteurs évaluent en plus de l'intensité de la douleur son retentissement sur la vie quotidienne.

76,6% des patients présentaient une douleur neuropathique sans qu'il n'existe de différence entre les deux groupes. Cette proportion semblait très importante comparativement aux données de la littérature. En effet, dans leur étude, Bouhassira et al retrouvent que 21,7% des patients ayant des douleurs chroniques présentent des caractéristiques neuropathiques (40). D'autre part, la présence de douleurs neuropathiques a été très étudiée chez les patients ayant des douleurs chroniques post chirurgicales. Haroutiunian et al ont retrouvé que la prévalence des douleurs neuropathiques après une chirurgie dépendait du type d'acte chirurgical et oscillait entre 6 et 68% (41). Dans notre étude, le questionnaire DN4 avait été utilisé sans la partie clinique ce qui ne nous permettait pas de conclure à un diagnostic réel de douleur neuropathique et pourrait être responsable d'un tel résultat.

Notre étude ne retrouvait pas de différence entre les deux groupes concernant le retour au travail celui-ci ayant été évalué en termes de durée d'arrêt et de l'existence de tentative de reprise avant la première consultation. A l'inverse de nos résultats, une étude allemande effectuée en 2005 a montré que suite à un polytraumatisme, les patients dont la douleur est liée au travail reprennent le travail plus difficilement que les autres (38). L'étude néozélandaise de Lilley semble en accord avec ces résultats. Le retour au travail a aussi été très étudié après des programmes de rééducation chez des patients ayant eu un accident lié au travail ou non et les résultats divergent (10,29,30). On retrouve donc dans la littérature des résultats très différents concernant la douleur et le retour au travail. Ces résultats différents peuvent s'expliquer par les systèmes de protection sociale différents selon les pays.

Les scores d'anxiété n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes, or, on aurait pu s'attendre à un stress augmenté dans le groupe des ATMP. Effectivement, cette différence ressortait à 6 mois montrant que les patients victimes d'ATMP avaient une personnalité plus anxieuse que les autres. Cette différence était présente à ce terme malgré un recrutement faible ce qui prouve l'intérêt d'une évaluation à distance de la prise en charge.

Dans notre étude, le stress n'influence pas l'intensité de la douleur. Cependant, la recherche d'un trouble anxieux associé à la douleur chronique reste primordiale et les échelles permettant de dépister les patients présentant une anxiété sont nombreuses. Ainsi, l'auteur d'un article américain a utilisé plusieurs échelles afin de rechercher un lien entre l'anxiété, la qualité de vie et le handicap chez des patients douloureux chroniques (42). Il retrouve que près de la moitié des patients douloureux chroniques ont un dépistage positif pour au moins un trouble anxieux pouvant avoir une incidence sur la qualité de vie.

Dans notre étude, les patients victimes d'ATMP ne sont pas plus « catastrophistes » que les autres ($p=NS$). La moyenne du catastrophisme dans la population incluse était de 25,2 ; ce résultat est moins élevé que celui retrouvé dans une étude réalisée chez des patients lombalgiques commençant un stage de reconditionnement à l'effort dans un centre de rééducation (43). La moyenne du catastrophisme total était de 29,02 et la moyenne de l'EVA était de 60,3 alors que dans notre étude l'EVA moyen était de 65,2 à J0. Dans cette même étude, contrairement à la nôtre, aucune relation n'avait été retrouvée entre catastrophisme et intensité de la douleur. Cependant, les auteurs ne s'étaient pas penchés sur les sous-parties de ce score. Pour d'autres auteurs, le catastrophisme joue un rôle sur l'intensité de la douleur notamment dans les douleurs post opératoires (20).

Les sous-parties du catastrophisme corrélées à l'intensité de la douleur sont différentes dans le groupe ATMP et « pas d'ATMP ». Dans le groupe ATMP, le catastrophisme ainsi que l'amplification étaient corrélés à l'intensité de la douleur. La prise en charge devrait être individuelle et prendre en compte ces facteurs psychologiques dans le traitement de la douleur chronique pour améliorer la symptomatologie. Déjà en 2005, des programmes de Prévention de la Douleur et de l'Incapacité Prolongées dont le but était de diminuer les facteurs de risque psychosociaux avaient été mis en place au Canada pour des patients douloureux chroniques victimes d'ATMP. Ce programme visait à réduire quatre facteurs de risque psychosociaux plus particulièrement : le catastrophisme, la crainte du mouvement, les croyances concernant l'incapacité et la dépression. Ces interventions contribuaient à une meilleure probabilité de retourner travailler (44).

Les contraintes psychosociales au travail n'étaient pas différentes entre les deux groupes et n'avaient pas d'influence significative sur l'intensité de la douleur. Trois variables ont été prises en compte : la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social. Nos résultats étaient les mêmes que ceux retrouvés par Kadsilski et al. Ils ne retrouvent pas de corrélation entre la satisfaction au travail et la douleur en utilisant un score différent du modèle de Karasek (45). En revanche, l'insatisfaction au travail était souvent incriminée comme facteur de mauvais pronostic pour la reprise du travail notamment chez les patients atteints de lombalgie (46). Le soutien social n'est pas réellement corrélé à l'intensité de la douleur mais pourrait l'influencer ($p=0,09$) sans que ce ne soit significatif.

Depuis l'apparition de la visite de pré-reprise et sa généralisation le 1^{er} juillet 2012 le médecin du travail peut anticiper le retour au travail des salariés en arrêt de travail. Cette visite peut être à l'initiative du salarié lui-même, du médecin conseil ou du médecin traitant. Elle a pour but d'observer si les salariés ont les capacités de reprendre leur travail en évaluant les risques pour la santé en fonction des symptômes et de leur exercice professionnel. Elle permet surtout de prévenir les difficultés pouvant survenir à la reprise du travail, et d'échanger avec les salariés sur les possibilités d'adaptation de poste, d'aménagement ou de reclassement. Cette visite prend tout son sens lorsqu'il s'agit de patients douloureux chroniques qu'ils soient en arrêt suite à un ATMP ou suite à un traumatisme non lié au travail. Ces dispositions sont souvent mal connues des médecins de soins et une meilleure connaissance des objectifs de cette consultation notamment dans la prise en charge des douleurs chroniques pourraient permettre une meilleure collaboration entre les différents acteurs (47).

Dans les Alpes-Maritimes, des réunions de concertation pluridisciplinaire ont été créées afin de permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients présentant une douleur chronique (10). Ces réunions rassemblent des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, parmi lesquels des médecins du travail et des médecins algologues, et permettent une meilleure orientation du patient dans son parcours ainsi qu'une prise en charge bio-psycho-socioprofessionnelle.

Ces réunions pourraient être généralisées en France afin de resserrer les liens entre le monde du travail et le réseau hospitalier, et proposer des solutions adaptées avec le regard de professionnels différents pour une prise en charge optimale des patients douloureux chroniques.

Notre étude présentait des limites et des biais qui pouvaient interagir avec nos résultats et expliquer des différences de résultats avec d'autres articles de la littérature.

L'évaluation de l'intensité de la douleur a été réalisée à trois périodes différentes : J0, 3 mois et 6 mois. Or, il existait des non répondants notamment pour l'évaluation à 6 mois qui semble une période pertinente pour évaluer la douleur et ses facteurs prédictifs. De plus, certains résultats apparaissent significatifs à 6 mois. Une évaluation à plus long terme semblerait utile surtout dans le cadre de ces pathologies chroniques.

Le retentissement de la douleur chronique n'a pas été évalué notamment le retentissement émotionnel ou sur la qualité de vie. Ces échelles auraient pu mettre en évidence des différences entre les ATMP et les traumatismes non liés au travail.

CONCLUSION

Notre étude a permis de comparer de manière objective l'intensité des douleurs chroniques après un accident de travail avec l'intensité des douleurs existant dans un contexte traumatique non lié au travail. L'intensité de la douleur n'était pas significativement plus intense dans l'un des deux groupes. Cependant, deux tiers des patients inclus dans notre étude présentaient des douleurs liées au travail. Ce constat renforce l'intérêt de la prévention des risques professionnels.

L'intensité de la douleur est corrélée à différentes sous-parties du catastrophisme en fonction de l'existence d'un lien avec le travail. Une prise en charge adaptée à chaque facteur, comme la diminution de l'amplification de la douleur chez les patients victimes d'ATMP pourrait permettre de mieux contrôler le catastrophisme et ses conséquences sur la douleur.

Un trait de personnalité anxieux plus marqué est retrouvé chez les patients victimes d'ATMP à 6 mois de leur prise en charge initiale en centre de la douleur. Dans cette population, les moyens mis en place doivent également tenir compte de cette anxiété.

La collaboration entre les médecins du travail et les médecins conseils de la sécurité sociale est déjà bien établie dans la région Nord-Pas-de-Calais. Elle pourrait s'étendre à d'autres spécialistes pour permettre une prise en charge optimale des patients ayant des douleurs chroniques et lutter contre leur désinsertion professionnelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J.* 2008 Jan;8(1):8–20.
2. Araszkiewirz G, Surquin M. Suivi d'indicateur collectifs sur les inaptitudes médicales en Nord Pas de Calais et en Picardie. *Matinée Marcel Marchand.* Saint Quentin. 2015 dec.
3. INRS, santé et sécurité au travail. Lombalgie. 2015. www.inrs.fr/risques/lombalgies.html.
4. Pichené-Houard A. Regards croisés France-Belgique-Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail. *Référence en santé au travail.* 2014 Dec;140:95-102.
5. ISTNF. Les principaux outils de prévention précoce de la désinsertion professionnelle. Synthèse des exposés proposés lors du colloque sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail. Lille. 2014 Jun.
6. Merskey H. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Press. 1994.
7. Choinière M, Amsel R. A visual analogue thermometer for measuring pain intensity. *J Pain Symptom Manage.* 1996 May;11(5):299–311.
8. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain.* 1994 Sep;58(3):387–92.
9. Eschalier A, Mick G, Perrot S, Poulain P, Serrie A, Langley P, et al. Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2013 Feb;14(1):4–15.
10. Gueran M, Lussiez. V. Intérêt de la concertation pluridisciplinaire entre un département d'évaluation de la douleur et les médecins du travail dans la prise en charge des salariés atteints de douleurs chroniques. *Arch Mal Prof Environ.* 2012 Feb;73(1):20–7.
11. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006 May 1;10(4):287–287.
12. Conférence nationale de Santé. Projet de programme national douleur. 2013 Sept. www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html

13. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin.* 2006 Oct;22(10):1911–20.
14. Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice ASC, et al. A new definition of neuropathic pain. *PAIN®.* 2011 Oct;152(10):2204–5.
15. Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN.* 2008 Jun 15;136(3):380–7.
16. Pierik JGJ, IJzerman MJ, Gaakeer MI, Vollenbroek-Hutten MMR, van Vugt AB, Doggen CJM. Incidence and prognostic factors of chronic pain after isolated musculoskeletal extremity injury. *Eur J Pain Lond Engl.* 2015 Oct 22.
17. Costa ECV, Vale S, Sobral M, Graça Pereira M. Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychol Health Med.* 2015 Nov 11;1–13.
18. Langevin V. State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y). Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. *Doc Méd Trav.* 2011 ; 125 : 23-35
19. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain.* 2001 Mar;17(1):52–64.
20. Martinez V, Baudic S, Fletcher D. Douleurs chroniques postchirurgicales. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 2013 Jun;32(6):422–35.
21. Mendelek F, Kheir RB, Caby I, Thevenon A, Pelayo P. On the quantitative relationships between individual/occupational risk factors and low back pain prevalence using nonparametric approaches. *Joint Bone Spine.* 2011 Dec;78(6):619–24.
22. Langevin V. Job Content Questionnaire: Questionnaire dit de Karasek. Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. *Doc Méd Trav.* 2011; 125: 105-110.
23. Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF, Michela JL. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health.* 1988 Aug;78(8):910–8.
24. Dauty M, Renaud P, Deniaud C, Tortellier L, Dubois C. Conséquences professionnelles des algodystrophies. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2001 Mar;44(2):89–94.
25. Galizzi M, Boden LI. The return to work of injured workers: evidence from matched unemployment insurance and workers' compensation data. *Labour Econ.* 2003 Jun;10(3):311–37.

26. Wasiaak R, Young AE, Roessler RT, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. Measuring return to work. *J Occup Rehabil*. 2007 Dec;17(4):766–81.
27. INRS. Statistiques AT-MP 2013 de l'assurance Maladie. Extrait du rapport de gestion de l'Assurance Maladie-Risques Professionnels: sinistralité 2013.
28. Ben Halima M.A, IRDES. Quel est l'impact de la survenue d'un accident du travail sur la santé et le parcours professionnel. IRDES DT n°68, 2015 sept.
29. Maurice M, Blanchard-Dauphin A, Laurent P, Thevenon A, Tiffreau V. [Short- and midterm effectiveness of a back school. Retrospective cohort study on 328 patients with chronic low back pain from 1997 to 2004]. *Ann Réadapt Médecine Phys Rev Sci Société Fr Rééduc Fonct Réadapt Médecine Phys*. 2008 May;51(4):292–300.
30. Chaory K, Rannou F, Fermanian J, Genty M, Rosenberg S, Billabert C, et al. Impact de programmes de restauration fonctionnelle sur les peurs, croyances et conduites d'évitement du lombalgique chronique. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2004 Apr;47(3):93–7.
31. Programme d'accompagnement des victimes d'accident du travail complexe. Risque professionnel, Assurance Maladie. 2014 jun.
32. Bureau internationale du Travail. Résolution sur la mise à jour de la Classification internationale type des professions. 2007 Dec.
33. ANAES. Service des Recommandations et Références Professionnelles. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999 Feb.
34. Bouhassira D. Définition et classification des douleurs neuropathiques. *Presse Médicale*. 2008 Feb;37(2, Part 2):311–4.
35. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) ("Self-Evaluation Questionnaire"). 1983 [cited 2015 Oct 27]
36. Lilley R, Davie G, Langley J, Ameratunga S, Derrett S. Do outcomes differ between work and non-work-related injury in a universal injury compensation system? Findings from the New Zealand Prospective Outcomes of Injury Study. *BMC Public Health*. 2013 Oct 22;13(1):995.
37. Richard j.b. Inpes. Les accidents en France Résultats du Baromètre santé 2010 . Adelf Bruxelles. 2012 Sept.
38. Zelle BA, Panzica M, Vogt MT, Sittaro NA, Krettek C, Pape HC. Influence of workers' compensation eligibility upon functional recovery 10 to 28 years after polytrauma. *Am J Surg*. 2005 Jul;190(1):30–6.
39. Istnf.fr. Philippe Petit, CNAMTS 10 septembre 2015
40. Bouhassira D. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *PAIN*. 2008 Jun; 136: 380-387.

41. Haroutiunian S, Nikolajsen L, Finnerup NB, Jensen TS. The neuropathic component in persistent postsurgical pain: a systematic literature review. *Pain*. 2013 Jan;154(1):95–102.
42. Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, Bair MJ, Wu J, Chumbler N, et al. Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Jul;35(4):359–65.
43. Thomas E-N, Pers Y-M, Mercier G, Cambiere J-P, Frasson N, Ster F, et al. The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med*. 2010 Feb;53(1):3–14.
44. Sullivan M, Adams H, Stanish W, Savard A. La réduction de facteurs de risque de chronicité et le retour au travail. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé [Internet]*. 2005 May 1 [cited 2015 Dec 30];(7-2).
45. Kadzielski JJ, Bot AGJ, Ring D. The Influence of Job Satisfaction, Burnout, Pain, and Worker's Compensation Status on Disability After Finger Injuries. *J Hand Surg*. 2012 Sep;37(9):1812–9.
46. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudéau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2004 May;47(4):179–89.
47. Petit A, Rozenberg S, Fassier JB, Rousseau S, Mairiaux P, Roquelaure Y. Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus. *Ann Phys Rehabil Med*. 2015 Oct;58(5):298–304.

Annexe 1

Questionnaire DN4

<i>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? Faites une croix</i>	oui	non
Brûlures		
Sensation de froid douloureux		
Décharges électriques		
<i>La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ? Faites une croix</i>		
Fourmillements		
Picotements		
Engourdissement		
Démangeaisons		

Annexe 2

STAI forme Y-A

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase puis faites une croix dans la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **A L'INSTANT juste en ce moment**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens calme				
Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
Je suis tendu(e), crispé(e)				
Je me sens surmené(e)				
Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)				
L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
Je me sens content(e)				
Je me sens effrayé(e)				
Je me sens à mon aise				
Je sens que j'ai confiance en moi				
Je me sens nerveux (nerveuse) irritable				
J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
Je me sens indécis(e)				
Je suis décontracté(e), détendu(e)				
Je suis satisfait(e)				
Je suis inquiet(e), soucieux (soucieuse)				
Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)				
Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)				
Je me sens de bonne humeur, aimable				

STAI forme Y-B

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase puis faites une croix dans la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **EN GENERAL**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens de bonne humeur, aimable				
Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)				
Je me sens content(e) de moi				
Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être				
J'ai un sentiment d'échec				
Je me sens reposé(e)				
J'ai tout mon sang-froid				
J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter				
Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
Je suis heureux (heureuse)				
J'ai des pensées qui me perturbent				
Je manque de confiance en moi				
Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
Je prends facilement des décisions				
Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur				
Je suis satisfait(e)				
Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent				
Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
Je suis une personne posé(e), solide, stable				
Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis				

Annexe 3

Questionnaire PCS

Chacun d'entre nous peut présenter une douleur au cours de sa vie. Il peut s'agir d'un mal de tête, d'une douleur dentaire, d'une douleur musculaire ou articulaire. Il est fréquent que nous soyons confrontés à des situations génératrices de douleur, telle qu'une maladie, une blessure, des soins dentaires ou une intervention chirurgicale.

Nous souhaiterions savoir quels types de sentiments et d'émotions vous pouvez ressentir quand vous avez mal. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant plusieurs types de sentiments et émotions pouvant être liés à la douleur. Veuillez indiquer au moyen de l'échelle ci-dessous à quel point vous ressentez ces sentiments et émotions quand vous avez mal.

Quand j'ai mal	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	En permanence
Je me préoccupe constamment de savoir si la douleur s'arrêtera.					
J'ai l'impression que je ne pourrai pas continuer ainsi.					
C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais.					
C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi.					
J'ai l'impression de ne plus pouvoir supporter la douleur.					
J'ai peur que la douleur s'aggrave.					
Je ne cesse de penser à d'autres expériences douloureuses.					
Je souhaite avec angoisse que la douleur disparaisse.					
Je ne peux pas m'empêcher d'y penser.					
Je ne cesse de penser à quel point ça fait mal.					
Je ne cesse de penser à quel point je veux que la douleur disparaisse.					
Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur.					
Je me demande s'il va m'arriver quelque chose de grave					

Annexe 4

Questionnaire de karasek, version francisée validée

	Fortement en desaccord	En desaccord	En accord	Tout à fait d'accord	
1 - Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles	1	2	3	4	1 <input type="checkbox"/>
2 - Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications	1	2	3	4	2 <input type="checkbox"/>
3 – Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	1	2	3	4	3 <input type="checkbox"/>
4 - Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	1	2	3	4	4 <input type="checkbox"/>
7 – Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	1	2	3	4	7 <input type="checkbox"/>
9 – Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	1	2	3	4	9 <input type="checkbox"/>
6 – Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome	1	2	3	4	6 <input type="checkbox"/>
5 - J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	1	2	3	4	5 <input type="checkbox"/>
8 – J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	1	2	3	4	8 <input type="checkbox"/>
10 – Mon travail exige d'aller très vite	1	2	3	4	10 <input type="checkbox"/>
11 – Mon travail exige de travailler très fort mentalement	1	2	3	4	11 <input type="checkbox"/>
12 – On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	1	2	3	4	12 <input type="checkbox"/>
13 – J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail	1	2	3	4	13 <input type="checkbox"/>
14 – Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	1	2	3	4	14 <input type="checkbox"/>
15 – Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	1	2	3	4	15 <input type="checkbox"/>
16 – Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard	1	2	3	4	16 <input type="checkbox"/>
17 – Mon travail est très souvent mouvementé	1	2	3	4	17 <input type="checkbox"/>

	Fortement en desaccord	En desaccord	En accord	Tout à fait d'accord	
18 – Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	1	2	3	4	18 <input type="checkbox"/>
19 – Mon chef se soucie du bien-être des travailleurs qui sont sous sa supervision	1	2	3	4	19 <input type="checkbox"/>
20 – Mon chef prête attention à ce que je dis	1	2	3	4	20 <input type="checkbox"/>
21 – Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi	1	2	3	4	21 <input type="checkbox"/>
22 – Mon chef facilite la réalisation du travail	1	2	3	4	22 <input type="checkbox"/>
23 – Mon chef réussit à faire travailler les gens ensemble	1	2	3	4	23 <input type="checkbox"/>
24 – Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent	1	2	3	4	24 <input type="checkbox"/>
25 – Les gens avec qui je travaille s'intéressent personnellement à moi	1	2	3	4	25 <input type="checkbox"/>
26 – Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi	1	2	3	4	26 <input type="checkbox"/>
27 – Les gens avec qui je travaille sont amicaux	1	2	3	4	27 <input type="checkbox"/>
28 – Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble	1	2	3	4	28 <input type="checkbox"/>
29 – les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail	1	2	3	4	29 <input type="checkbox"/>

AUTEUR : VALENTIN VERNET ADELE

Date de Soutenance : 15 Janvier 2016

Titre de la Thèse : Comparaison de l'intensité des douleurs chroniques après un accident de travail à l'intensité des douleurs existant dans un contexte traumatique non lié au travail

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine du travail

DES + spécialité : Médecine du travail

Mots-clés : Accident du travail, douleur chronique, catastrophisme, intensité de la douleur

Résumé :

Introduction : La prise en charge des patients présentant des douleurs chroniques de type ostéo-articulaire post traumatique et la prévention de leur désinsertion professionnelle sont complexes. Les douleurs chroniques peuvent être liées au travail et s'inscrire dans le cadre d'accident du travail ou de maladie professionnelle (ATMP). Les conséquences de la reconnaissance de ces douleurs en ATMP sont controversées.

Objectif : L'objectif de cette étude était de comparer l'intensité des douleurs chroniques après un accident de travail à l'intensité des douleurs existant dans un contexte traumatique non lié au travail. Le second objectif était de comparer les facteurs psychosociaux pouvant jouer un rôle sur l'intensité de la douleur entre ces deux groupes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective, unicentrique menée au centre d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hopital Huriez au Centre Hospitalo-Universitaire de Lille d'octobre 2014 à mars 2015. Les patients consultant pour la première fois dans le service pour une douleur ostéo-articulaire liée à un traumatisme ont été inclus puis l'intensité des douleurs a été comparée entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP » à trois reprises : lors de la première consultation d'une part, à 3 mois et enfin à 6 mois.

Résultats : 60 patients ont été inclus. Le taux d'ATMP était de 65%. L'intensité de la douleur n'était pas significativement différente entre le groupe ATMP et le groupe « pas d'ATMP ». Aucune différence significative n'était retrouvée entre les deux groupes concernant les facteurs psychosociaux hormis un trait de personnalité plus anxieux ($p=0,02$) dans le groupe ATMP à 6 mois. Dans le groupe ATMP, l'intensité de la douleur était corrélée au catastrophisme ($p=0,04$) et à l'amplification ($p=0,013$) alors que l'intensité de la douleur des patients du groupe pas d'ATMP était corrélée à la rumination ($p=0,03$).

Conclusion : L'intensité des douleurs chroniques des patients victimes d'ATMP n'est pas significativement différente de celles non liées au travail. La poursuite de cette étude serait nécessaire pour améliorer les connaissances sur les douleurs chroniques dans le cadre des ATMP

Composition du Jury :

Président : Professeur Annie Sobaszek

Asseseurs : Docteur Marguerite Preud'homme, Professeur André Thevenon, Professeur Sophie Fantoni-Quinton, Docteur Jean-Michel Wattier

