

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MÉTHODE	2
Population cible et échantillon	3
Recueil des données	3
Recueil des données liées au travail	3
Description des Questionnaires	5
Recueil des données biographiques	6
Analyse statistique	6
RÉSULTATS	7
Résultats de l'analyse univariée	9
Résultats concernant les variables liées au travail	9
Description de la population et situation médicale	11
Résultats de la régression linéaire	11
DISCUSSION	12
Limites de notre étude	14
Perspectives	15
CONCLUSION	17
DÉCLARATION D'INTÉRETS	17
RÉFÉRENCES	18
ANNEXES	24
Présentation du programme	24
Questionnaires	25
Échelle de Québec	25
Questionnaire sur la notion d'Appréhension-Évitement	26
Questionnaire d'incapacité d'OSWESTRY	27
Questionnaire de DALLAS	29

Minnesota Satisfaction Questionnaire	31
Questionnaire ad-hoc	32
Résultats concernant les scores utilisés pour la répartition de l'effectif	34
Modélisation de l'analyse par régression linéaire	34
Résultats statistiques portant sur l'effectif global	35
Diagrammes de répartition pour les résultats quantitatifs dont le seuil de significativité est inférieur à 5%	38
Échelle visuelle analogique : stress au Travail	38
Échelle visuelle analogique : stress en général	38
Satisfaction par rapport au médecin du travail	39
Impact du travail sur les douleurs	39
Satisfaction au travail (MSQ>75)	40

INTRODUCTION

L'impact du travail dans l'évolution de la lombalgie a fait l'objet de plusieurs études. La lombalgie représente une charge sociétale conséquente dans les pays industrialisés (1,2). Le total des coûts liés à la lombalgie varie de 0,3 à 1,7% du PIB (3–5).

En France, selon les derniers chiffres de l'Institut National de Recherche et Sécurité, les lombalgies représentent 20% des accidents du travail, 7% des maladies professionnelles, la troisième cause d'invalidité et la première cause d'inaptitude chez les moins de 45 ans (CNAMTS¹, 2016). Pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles, le coût est estimé à 1 million d'euros par an et à 66 458 euros par salarié par an (CNAMTS, 2012). Les lombalgies engendreraient 11,5 millions de journées de travail perdues chaque année.

Parmi les facteurs de risque primaire de chronicisation de lombalgie, nombreux sont ceux liés spécifiquement au poste de travail, comme les contraintes liées aux postures ou au port de charges (6–11). D'autres facteurs tels que les risques psychosociaux comme le stress, le manque de reconnaissance ou l'insatisfaction au travail sont suspectés de jouer un rôle dans la persistance de la lombalgie (12–15) mais avec des résultats qui à ce jour divergent (10,11,16–19).

La prise en charge des patients souffrant de lombalgie a fait l'objet d'un rappel sur les recommandations en avril 2019 par la Haute Autorité de Santé (20), à savoir la mise en place d'une rééducation active, d'une éducation thérapeutique et d'un travail sur les peurs et les croyances. Elle prône une approche bio-psycho-sociale prenant en compte le patient dans sa globalité en traitant conjointement l'aspect clinique, social et professionnel. D'autre part, plusieurs études soulignent le rôle facilitant pour le retour au travail d'une prise en charge pluridisciplinaire incluant l'intervention du médecin du travail (21–24).

Pour répondre à ces objectifs, les programmes multidisciplinaires associent des interventions physiques, comportementales, éducatives et socioprofessionnelles. Les méta-analyses concluent à la valeur ajoutée de ces programmes sur la douleur et la fonction ainsi que sur le retour au travail (24–26). Cependant, l'évolution de patients

¹ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

participant à ces programmes reste variable et difficile à prédire (27). Les facteurs prédictifs de mauvaise évolution comme le catastrophisme, la sédentarité, ou les comportements d'évitement sont pourtant habituellement traités (6,7,14,26,28–30). Se pose donc la question de l'impact des facteurs professionnels. La littérature évoque de nombreux facteurs professionnels tels que la perception d'une moindre récupération, et donc la perception de la capacité à reprendre le travail (31), l'insatisfaction au travail (24,26,32), les conduites de peur et d'évitement (19,31) ou encore la charge de travail physique(26,33), mais dont la valeur pronostique reste méconnue. De plus, il n'existe pas d'outil fiable permettant de détecter ces facteurs de risque (11,34) ni d'apporter une aide pour l'orientation de la prise en charge du patient lombalgique chronique.

Cette étude a pour objectif principal de déterminer s'il existe un lien entre l'évolution clinique d'un patient lombalgique chronique et la satisfaction au travail après un programme de rééducation.

Les objectifs secondaires sont de décrire et d'évaluer la part des variables relatives au travail, à son impact et à ses intervenants, susceptibles de conditionner cette évolution.

MÉTHODE

Cette étude rétrospective observationnelle s'est déroulée d'avril 2017 à décembre 2018 sur le site du CHU² de Nîmes. Les patients éligibles devaient avoir participé au programme multidisciplinaire et éducatif pour la lombalgie chronique proposé par le CHU en 2016 ou 2017 (Annexe 1). Tous les patients en situation d'activité professionnelle (ayant un emploi ou étant dans une démarche de recherche d'emploi) ont bénéficié d'entretiens individuels. Les patients ne pouvant se déplacer étaient contactés par téléphone.

Cette étude a été approuvée par l'Institutionnal Review Board du CHU (IRB n° 17.06.02). Les patients ont donné leurs accords écrits pour l'utilisation de leurs données. Cette étude a été conduite en accord avec les mesures de bonne pratique et dans le respect du traité d'Helsinki.

² Centre Hospitalier Universitaire

Population cible et échantillon

Les patients étaient convoqués à une consultation environ un an après leur participation au programme au cours de laquelle étaient évalués les critères cliniques évolutifs, le retentissement de la douleur, le niveau éducatif et les stratégies mises en place par le patient ainsi que la situation professionnelle. Cette consultation fait partie du suivi habituel des patients intégrant le programme.

Pour apprécier l'influence des différents facteurs, les patients ont été séparés en deux groupes selon leur évolution clinique. Pour être inclus dans le groupe « Évolution favorable » (versus « Évolution défavorable ») des valeurs seuils ont été définies en fonction des données de la littérature (35) : diminution de la douleur relevée sur l'échelle visuelle analogique de 30% et diminution des scores FABQ, HANDICAP et QUEBEC³ de 30% (Minimal Clinically Important Difference) par rapport aux scores initiaux. Une évolution positive de trois de ces quatre critères était exigée pour être classé dans le groupe dont l'évolution était jugée favorable.

Recueil des données

Recueil des données liées au travail

Dans le cadre de l'étude, une analyse professionnelle⁴ a été conduite lors de cette consultation habituelle un an après le programme, avec le recueil des données suivantes :

- l'évaluation de la satisfaction au travail par la version courte (20 items) du Minnesota Satisfaction Questionnaire (variable quantitative entre 0 et 100 nommée MSQ puis dichotomisée nommée $MSQ \geq 75$), traduite et validée en français (Roussel P. 1996). Le patient est jugé satisfait par son emploi lorsque le MSQ est supérieur ou égal à 75 (36).
- la situation professionnelle du patient (variable trichotomisée nommée statut (salarié ; employeur/indépendant ; sans emploi)
- le niveau de formation (variable trichotomisée nommée niveau d'étude : sans diplôme / BAC-CAP-BEP / >BAC+2)
- le nombre d'emploi occupé (variable dichotomisée nommée nomadisme professionnel : plus ou moins de 3 emplois occupés dans la carrière)

³ Questionnaires expliqués en annexe

⁴ Questionnaire ad-hoc présenté en annexe

- l'avis du médecin sur l'exposition à des contraintes professionnelles suite à la description du poste par le patient (variable dichotomisée nommée contraintes professionnelles incluant le port de charge répété, la position debout ou fléchie en avant maintenue ou répétée, la cadence de production)
- le temps de déplacement en voiture (variable dichotomisée nommée conduite quotidienne (plus de ou moins de 30 minutes))
- le contexte de survenue de la lombalgie (deux variables dichotomisées nommées accident du travail et maladie professionnelle)
- les mesures prises pour le maintien en emploi (deux variables dichotomisées nommées aménagement du poste comprenant également le reclassement professionnel)
- l'existence d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
- l'évocation d'un projet de changement professionnel (variable dichotomisée nommée changement professionnel)
- le contact avec la médecine du travail avec évocation des problèmes lombaires et la prise d'initiative par le salarié pour consulter le médecin du travail (deux variables dichotomisées nommées consultation médecin du travail et consultation du médecin du travail à la demande du salarié)
- l'évaluation du stress au travail, à la maison et en général par l'échelle visuelle analogique de stress (variable quantitative entre 0 et 10 nommée EVA stress travail/Maison/général, puis dichotomisées en fonction de la médiane) (37)
- l'évaluation de la satisfaction par rapport à la réponse apportée par le médecin du travail et par l'employeur (variables quantitatives entre 0 et 10 nommées satisfaction médecin du travail et satisfaction employeur, puis dichotomisées en fonction de la médiane)
- l'évaluation de l'impact de la situation professionnelle sur l'évolution de la lombalgie selon le salarié (variable quantitative entre 0 et 10 nommée impact travail, puis dichotomisée en fonction de la médiane).

Pour obtenir des résultats qualitatifs concernant la satisfaction et le stress, nous avons choisi de prendre comme valeur de référence la médiane. Ainsi, les variables ont été différencierées comme suit :

- le patient est jugé stressé au travail si le résultat est supérieur ou égal à 5
- le patient est jugé stressé en général si le résultat est supérieur ou égal à 3
- le patient est jugé satisfait du médecin du travail si le résultat est supérieur ou égal à 8
- le patient est jugé satisfait par son employeur si le résultat est supérieur ou égal à 5
- le travail est considéré comme responsable des douleurs lombaires si le résultat est supérieur ou égal à 7.

Description des Questionnaires

Étaient relevés tous les scores participant à l'évaluation clinique et psycho-sociale du patient (BBQ, FABQ, DALLAS / Oswestry, QUÉBEC, HAD, TAMPA). Ils sont habituellement proposés aux patients avant le début du programme, à la fin de la semaine de prise en charge puis à chaque consultation habituelle de suivi.

Pour l'étude, nous avons retenu les questionnaires FABQ, DALLAS / Oswestry et QUÉBEC ainsi que les sous-scores de chacun de ces questionnaires. Certains patients ont été interrogés sur le questionnaire Oswestry qui a été introduit au protocole du service au cours de l'étude. Les deux scores apparaissent sous le terme de HANDICAP (variable quantitative nommée HANDICAP J0). Le choix de ces critères a été motivé par le fait que ces scores évaluaient la répercussion des douleurs sur l'ensemble des aspects de la vie du patient. De plus, selon la littérature, ils sont intéressants pour la prédition de l'évolution des patients lombalgiques (13,26,28,30,38,39). Le score FABQ s'intéresse à l'appréhension par rapport au mouvement lors d'une activité physique et au travail. Il permet d'identifier les patients ayant des comportements d'évitement et comporte deux sous-scores (variables quantitatives nommées FABQ Travail et FABQ Physique). Le score QUÉBEC est un score fonctionnel balayant la vie quotidienne. Quant au score DALLAS, qui comporte 4 sous-scores, il permet d'appréhender la répercussion de la douleur sur la vie sociale, sur l'anxiété/dépression, sur les actes de la vie quotidienne et sur la vie professionnelle et sociale (Dallas social, Dallas AD, Dallas AVJ et Dallas Pro). Pour la répartition des patients, nous avons utilisé les scores de DALLAS et de FABQ globaux.

Recueil des données biographiques

Ont été recueillies les données biographiques pouvant habituellement interférer avec la problématique selon la littérature :

- l'âge (variable trichotomisée nommée âge : < de 30 ans / 30-44 ans / \geq de 45 ans)
- le sexe (variable dichotomisée nommée sexe)
- l'indice de masse corporelle (variable dichotomisée nommée IMC : \leq ou $>$ à 25)
- le tabagisme (variable dichotomisée nommée tabagisme)
- la situation familiale (variable dichotomisée nommée situation familiale : célibataire ou en couple)
- la survenue d'évènements jugés négatifs depuis la fin du programme (variable dichotomisée nommée évènement négatif)
- la présence d'autres pathologies chroniques (variable dichotomisée nommée pathologie chronique)
- la prise en charge d'une dépression (variable dichotomisée nommée dépression)
- le nombre d'épisodes de lombalgie aiguë et de radiculalgie depuis la fin du programme (variable trichotomisée nommée épisode aigu : 0 / 1 à 3 / plus de 3)
- l'existence d'une chirurgie lombaire (variable dichotomisée nommée chirurgie lombaire)

Analyse statistique

Une analyse descriptive de l'ensemble des variables a été réalisée comme suit : les variables quantitatives ont été décrites par la médiane, la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites par des nombres et des pourcentages.

Dans un deuxième temps une analyse univariée comparative en fonction des 2 groupes à l'étude (« Évolution favorable » versus « Évolution défavorable ») a été réalisée pour toutes les variables de cette étude en utilisant soit un test de Khi 2 pour les variables qualitatives soit un test de Student pour les variables quantitatives (un test de normalité de la distribution de ces variables n'ayant pas été réalisé). Pour ces analyses conduites sous SAS GUIDE (9.3) le seuil de significativité a été fixé à 5%

Dans un troisième temps et à titre exploratoire (du fait des effectifs faibles de cette étude) nous avons réalisé une analyse multivariée : la variable à expliquer était le groupe « Évolution défavorable » et les variables explicatives intégrées dans le modèle étaient toutes celles pour laquelle l'analyse univariée était significative au seuil de $p \leq 0.20$. Nous avons retenu huit variables que nous jugeons cliniquement pertinentes (EVA J0, QUÉBEC J0, HANDICAP J0) et qui apparaissaient significatives dans nos modèles (tabagisme, survenue d'épisode aigu, impact du travail sur les douleurs, présence d'un aménagement du poste de travail, présence de contraintes professionnelles). L'analyse a été réalisée sous SAS GUIDE à l'aide la procédure Proc GLM

RÉSULTATS

Sur les 127 patients ayant participé au programme en 2016 et 2017, 109 patients étaient éligibles pour l'analyse des données. Au total, 77 (soit 60.1%) ont donné leur accord pour leur participation à l'étude. Parmi les 32 patients non inclus (dont 15 femmes et 17 hommes), la plupart n'ont pas souhaité participer à cette consultation de suivi à cause de leur emploi.

L'échantillon a été réparti de la façon suivante : 41 patients ont été affectés au groupe « Évolution favorable » contre 36 au groupe « Évolution défavorable ». La répartition des patients est présentée sur la figure 1⁵.

⁵ Les résultats concernant l'effectif global sont présentés en annexe.

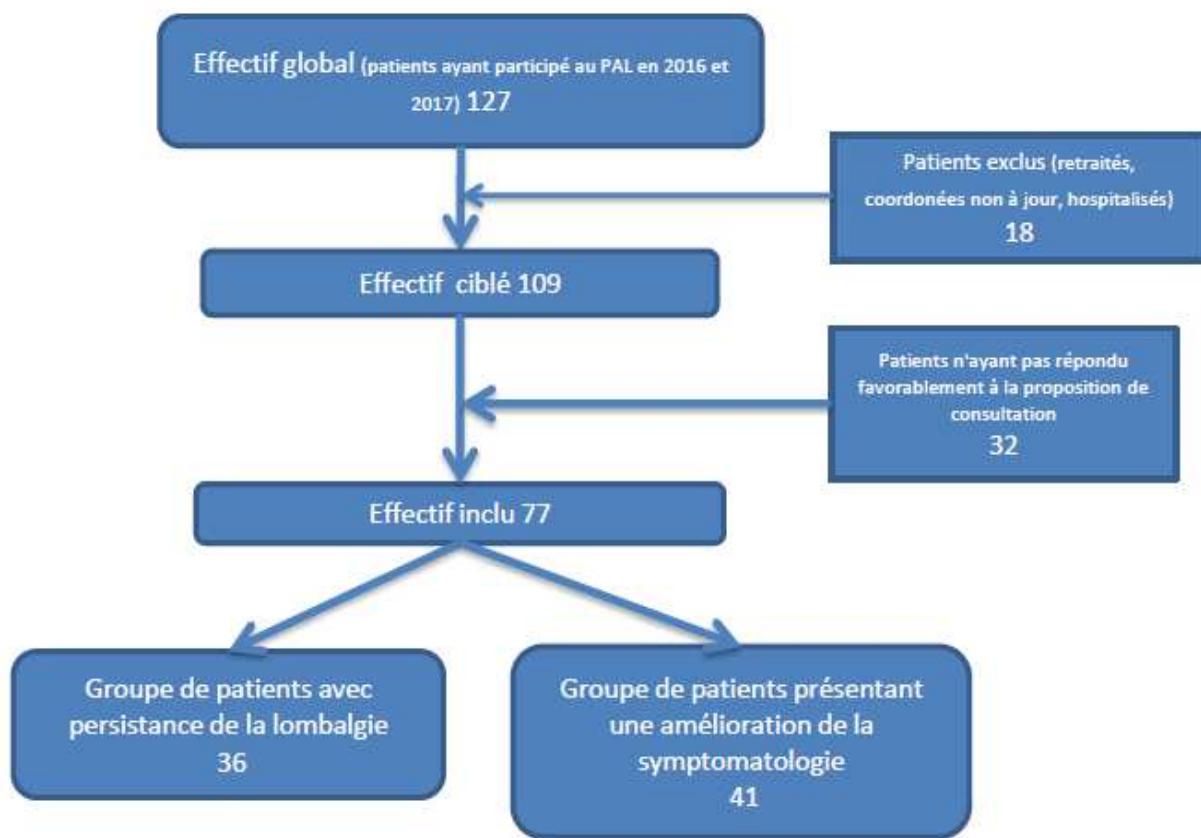


Figure 1 : flow chart de l'étude

Résultats de l'analyse univariée

Résultats concernant les variables liées au travail

En ce qui concerne les variables liées au travail, les résultats suivants sont présentés dans les tableaux 1 et 2.

Dans le groupe « Évolution défavorable », 23.53% des patients se sont dit satisfaits de leur travail contre 53.66% dans le groupe « Évolution favorable » ($p=0.01$) ; de même le résultat du questionnaire MSQ était en moyenne de 65.18 $+$ - 12.58 contre 72.49 $+$ - 10.94 dans le groupe « Évolution favorable » ($p=0.01$) ; toujours dans le groupe évoluant défavorablement, 40.7% des patients ont exprimé être satisfaits de leur médecin du travail contre 69% dans l'autre groupe ($p=0.03$) ; le travail a un impact sur les douleurs lombaires chez 66.7% des patients de ce groupe contre 31.7% dans le second ($p=0.02$) et l'impact du travail sur les douleurs lombaires était en moyenne de 7.32 $+$ - 2.17 contre 4.41 $+$ - 3.05 ($p=0.0001$) ; enfin, concernant l'échelle visuelle analogique de stress au travail, dans le groupe « Évolution défavorable », sa valeur était en moyenne de 5.13 $+$ - 3.04 (versus 3.33 $+$ - 2.70, $p=0.01$) et 66.7% se sont dit stressés au travail (versus 39%, $p=0.02$) .

Les résultats concernant les scores utilisés pour la répartition de notre effectif sont présentés en annexe (dans le tableau 4).

	Groupe persistance symptômes (Moyenne)		Groupe amélioration symptômes (Moyenne)		p
Satisfaction /Médecine du Travail	5.52	+/- 3.62	7.00	+/- 3.23	0.09
Satisfaction / employeur	3.20	+/- 3.42	4.83	+/- 3.99	0.08
Impact du travail sur les douleurs	7.32	+/- 2.17	4.41	+/- 3.05	0.0001
EVA stress Travail	5.13	+/- 3.04	3.33	+/- 2.70	0.01
EVA stress Maison	3.01	+/- 2.76	2.37	+/- 2.18	0.47
EVA stress Général	3.76	+/- 2.60	2.24	+/- 1.95	0.01
MSQ (valeur)	65.18	+/- 12.58	72.49	+/- 10.94	0.01

Tableau 1 : En gras, p<0.2-Résultats concernant les variables qualitatives décrivant la situation professionnelle

	Groupe persistance symptômes (N)		Groupe amélioration symptômes (N)		p
Salarié en poste	23	(63.89%)	33	(80.49%)	0.10
Statut professionnel					0.06
• Salarié	21	(58.33%)	34	(82.93%)	
• Indépendant / Employeur	9	(25.00%)	4	(09.76%)	
• Sans activité (hors retraité)	6	(16.67%)	3	(07.32%)	
Contraintes professionnelles	24	(66.67%)	16	(39.02%)	0.02
Niveau d'étude					
• Aucun	8	(22.22%)	5	(12.20%)	0.49
• BAC-CAP-BEP	14	(38.89%)	17	(41.46%)	
• BAC + 2	14	(38.89%)	19	(46.34%)	
Nomadisme Professionnel					
• <3 emplois	21	(58.33%)	15	(41.67%)	0.84
• >3 emplois	23	(56.10%)	18	(43.90 %)	
Conduite quotidienne					
• <30 minutes	21	(58.33%)	28	(70.00%)	0.29
• >30 minutes	15	(41.67%)	12	(30.00%)	
Accident du Travail	11	(30.56%)	11	(26.83%)	0.72
Maladie Professionnelle	3	(8.33%)	1	(02.44%)	0.33
RQTH	18	(51.43%)	14	(34.15%)	0.13
Consultation Médecin du Travail	27	(87.10%)	32	(82.05%)	0.74
Consultation Médecin du Travail à la demande du salarié	14	(43.75%)	13	(33.33%)	0.37
Aménagement Poste	12	(36.36%)	21	(52.50%)	0.17
Changement professionnel	21	(60.00%)	20	(48.78%)	0.33
MSQ ≥ 75	8	(23.53%)	22	(53.66%)	0.01
Satisfaction / Médecine du Travail ≥ 8	11	(40.70%)	20	(69.00%)	0.03
Satisfaction / employeur ≥ 5	13	(43.30%)	17	(56.7%)	0.3
Impact du travail sur les douleurs ≥ 7	24	(66.7%)	13	(31.70%)	0.02
EVA stress Travail ≥ 5	24	(66.70%)	16	(39.00%)	0.02
EVA stress Général ≥ 3	22	(61.10%)	14	(34.10%)	0.02

Tableau 2 : En gras, p<0.2-Résultats concernant les variables quantitatives liées au travail

Description de la population et situation médicale

Les résultats de l'analyse univariée concernant les variables descriptives sont présentés dans le tableau 3.

Les différences entre les deux groupes atteignant le seuil de significativité sont le tabagisme (22.22% dans le groupe « défavorable » contre 48.78% dans le groupe « favorable » ($p<0.05$)) ; le nombre d'épisodes aigus plus important dans le groupe « défavorable » ($p=0.03$) et la dépression plus fréquente dans le groupe défavorable ($p=0.05$). A noter la tendance d'antécédents chirurgicaux lombaires plus fréquents dans le groupe « défavorable ».

	Groupe persistance symptômes n (%)		Groupe amélioration symptômes n (%)		p
Sexe					
• Femmes	19	(52.78%)	26	(65.00%)	0.28
• Hommes	17	(47.22%)	14	(35.00%)	
Age					
• <30 ans	1	(2.86%)	2	(5.00%)	0.31
• 30-44 ans	12	(34.29%)	20	(50.00%)	
• >45 ans	22	(62.86%)	18	(45.00%)	
IMC					
• <25	20	(55.56%)	24	(60.00%)	0.70
• >25	16	(44.44%)	16	(40.00%)	
Tabagisme	8	(22.22%)	20	(48.78%)	0.02
Episode aigu					
• Aucun	8	(22.22%)	14	(34.15%)	0.03
• 1-3	12	(33.33%)	20	(48.78%)	
• >3	16	(44.44%)	7	(17.07%)	
Pathologie chronique	18	(50.00%)	17	(41.46%)	0.45
Dépression	14	(40.00%)	8	(19.51%)	0.05
Chirurgie lombaire	10	(27.78%)	5	(12.20%)	0.09
Événement traumatisant	12	(33.33%)	13	(31.71%)	0.88
Situation familiale					
• En couple	28	(77.78%)	32	(78.05%)	0.98
• Seul	8	(22.22%)	9	(21.95%)	

Tableau 3 : en gras, $p<0.2$ – Description des deux échantillons avec les variables biographiques et médicales

Résultats de la régression linéaire

L'analyse multivariée par régression linéaire, présentée en annexe (dans le tableau 5) permet d'expliquer 46% de la variance (R carré 0.46) et montre que la variable impact du travail explique 25% du modèle.

DISCUSSION

Le principal résultat de ce travail est de montrer que la satisfaction au travail semble jouer un rôle dans l'évolution de la lombalgie chez ces patients ayant participé à un programme de rééducation. En effet, plus de 53% des patients ayant évolué favorablement se disent satisfaits de leur travail contre seulement 23% de ceux ayant évolué défavorablement ($p=0.01$). Ce travail va dans le sens de certaines études (12–15,27,30,39,40) qui pointent le rôle essentiel des facteurs psychosociaux dont la satisfaction au travail dans la persistance de la lombalgie chronique. Mais il se différencie de ces études dans la mesure où il s'est focalisé sur des patients qui ont suivi le même programme de rééducation, et donc reçu les mêmes messages thérapeutiques. Néanmoins comme la majorité des autres travaux, il fait face aux difficultés méthodologiques que représentent les études rétrospectives. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a pu montrer le caractère prédictif de la satisfaction au travail (40). Les différentes modélisations réalisées n'ont pas permises de mettre en avant cette variable. La principale problématique de cette notion de satisfaction au travail est sa complexité. Il existe plusieurs définitions et questionnaires pour l'aborder (41). Elle serait utile pour une analyse détaillée des facteurs psychosociaux. Or ici, l'objectif est de mettre en avant un facteur prédictif caractérisé par sa facilité d'utilisation et son utilité dans l'orientation des patients pris en charge au sein de ces programmes de rééducation.

D'autre part, aucune étude n'a encore mesuré l'impact des facteurs liés au travail par rapport aux autres dimensions du modèle bio-psycho-social.

Le modèle testé dans ce travail, incluant huit facteurs dont trois items professionnels (présenté dans le tableau 5 en annexe), expliquent près de 46% de la variance de l'échantillon. La simple perception de l'impact du travail explique près de 25% de la variance de l'échantillon. Cette dernière se trouve être un facteur dont l'impact est fort et semble dominer toutes les autres variables. Ces résultats peuvent difficilement être extrapolés à d'autres populations, mais ils suggèrent la valeur prédictive que peut avoir la perception de l'impact du travail sur la lombalgie et que les critères objectifs choisis expliquent moins l'évolution de notre échantillon. Il paraît clair que cette question courte ne résume pas une analyse professionnelle ni ne permet un traitement ciblé mais elle semble cependant pouvoir prédire une part non négligeable

de l'évolution. Ces résultats confortent notre hypothèse que le travail joue un rôle majeur dans les résultats de la prise en charge et pourrait de ce fait justifier que la valence travail soit prise en compte au même titre que les aspects cliniques et de manière très précoce.

Les résultats de ce travail montrent également que près de 67% des patients ayant évolué défavorablement à l'issue du programme de rééducation, estiment que le travail joue un rôle majeur dans la persistance de leur lombalgie (vs 31.7%, p=0.02). Les résultats concernant le stress au travail sont également concordants avec la littérature (66.7% vs 39%, p=0.02)(15). Cependant ces variables prisent isolément ne constituent pas un facteur prédictif évident, ce qui explique probablement les résultats discordants retrouvés dans les méta-analyses (25,26,31–33)

La satisfaction exprimée par le salarié vis-à-vis de son médecin du travail apparaît également liée à la persistance de la lombalgie. Lors des entretiens, les salariés ont clairement exprimé leurs attentes et notamment en termes de moyens d'action au sein de l'entreprise. On peut citer par exemple « il a permis l'aménagement de mon poste », « il a rencontré mon employeur », « il m'a aidé pour les démarches administratives », « il m'a écouté », « il a fait le point sur ma prise en charge ». Ce résultat va dans le sens d'un travail pluridisciplinaire en lien avec le médecin du travail dans cette population (21–23).

Nos résultats confirment également le lien entre la présence de contraintes professionnelles et la persistance de la lombalgie (9,40,42). L'ensemble des revues s'accordent sur l'importance de la charge professionnelle mais la valeur prédictive à trois mois comme à un an n'est pas uniforme dans la littérature (25,26,32,33). Le fait que le patient soit en poste est modérément significatif pour la description de l'évolution clinique. Enfin, les résultats décrivent une évolution non satisfaisante parmi les employeurs et les indépendants (25% vs 9.76%, p=0.06).

Certains facteurs tels que le lien entre la lombalgie et un accident du travail ou une reconnaissance de maladie professionnelle, la volonté ou la nécessité d'évoluer professionnellement, la satisfaction envers l'employeur ou le fait de bénéficier d'une consultation avec un médecin du travail, ne semblent pas prédictifs de l'évolution des patients. Ces résultats diffèrent de ceux attendus mais sont à considérer dans les

limites et les dimensions de l'échantillon analysé. Le niveau d'étude en revanche n'est pas significatif dans ce travail contrairement à d'autres études (30,43).

Le tabagisme ressort comme facteur « protecteur » dans notre étude ce qui est étonnant au regard de la littérature (9,29,44–46). Cependant, la variable n'a pas été décrite selon une consommation en paquet-années ni en terme de durée, ce qui fausse certainement les résultats. Les résultats concernant le sexe, l'âge et l'IMC ne sont pas significatifs dans notre étude, alors que ces facteurs semblent jouer un rôle dans la persistance de la lombalgie (10,42,47,48). Mais il faut également prendre en compte que ces facteurs n'influent pas les capacités éducatives des patients et ne peuvent donc à fortiori pas être pris en compte pour prédire l'évolution des patients au cours de ce type de programme.

Les résultats concernant la déclaration d'épisodes récurrents aigus et la coexistence d'une dépression sont en faveur d'un rôle dans l'évolution de la pathologie lombaire et sont comparables à ceux de la littérature (26,29,30,40,42,46,49). Cependant ces variables sont intrinsèquement liées au vécu négatif de la pathologie et jouent certainement un rôle dans l'appropriation des messages éducatifs. L'existence d'une pathologie chronique associée n'est quant à elle pas significative dans notre étude.

[Limites de notre étude](#)

La limite principale de notre étude se trouve dans la taille de la population étudiée, à laquelle s'ajoute l'incertitude sur l'évolution des patients n'ayant pas assisté la consultation dédiée à la situation professionnelle (environ 30% de l'effectif global), bien que nous puissions émettre l'hypothèse que ces patients aient évolué favorablement et que leur situation professionnelle soit satisfaisante.

Aucun des scores habituellement utilisés pour prédire le devenir des patients lombalgiques⁶ (13,26,28,30,38,39), n'est significatif dans notre étude. Ces résultats divergents sont certainement en lien avec notre faible effectif.

La caractéristique rétrospective de notre étude est également une limite importante pour nos résultats car le recueil des données a été réalisé indépendamment de la question scientifique posée. De nombreux autres facteurs peuvent jouer un rôle sans que nous puissions les détecter.

⁶ Tableau 4 présenté en annexe

Le choix du questionnaire pour évaluer la satisfaction au travail est également discutable. Certains patients ont eu des difficultés à comprendre et à appréhender les questions. Il aurait certainement fallu utiliser des questionnaires plus complets et plus fiables comme le Job Descriptive Index ou le Work Environment Scale mais également plus longs (90 items chacun) (50). Ces questionnaires auraient permis une analyse plus fine des facteurs psycho-sociaux impliqués dans l'évolution des patients.

Perspectives

Ce travail confirme par conséquent la tendance actuelle qui est de favoriser la pluridisciplinarité, préconisée par la Haute Autorité de Santé dans ses dernières recommandations et soutenue par plusieurs études (20,22,23,51). Il tend à montrer que par une question simple, le médecin peut estimer rapidement si sa prise en charge sera conditionnée par la problématique professionnelle.

Cela pose donc la question de l'implication du médecin du travail au sein des programmes de rééducation. Il est tout à fait licite de proposer un protocole permettant un suivi pluridisciplinaire du patient étant donné que la spécificité du médecin du travail est de connaître l'entreprise et son environnement. Il apporte donc un avis essentiel sur les perspectives professionnelles du patient et peut initier précocement des démarches pouvant éviter la désinsertion professionnelle.

C'est pourquoi, les modalités de repérage de ces patients pouvant présenter des difficultés sur le plan professionnel doivent être simples et efficaces et permettre une orientation rapide et précoce vers le service de santé au travail, d'où l'intérêt de l'utilisation d'une question courte.

La visite de pré-reprise, qui se déroule pendant l'arrêt, peut notamment être un atout dans ce type de prise en charge et mériterait d'être systématiquement demandée par les professionnels de santé. Elle est encore méconnue alors qu'elle est primordiale dans le parcours de soin pour des salariés en difficulté. Elle permet notamment au patient de s'inscrire dans une démarche de maintien dans l'emploi au cours de laquelle le patient prend conscience de sa pathologie et des perspectives professionnelles compatibles avec son état de santé.

La participation du médecin du travail aux programmes de rééducation est également une piste de réflexion. Il pourrait intervenir au travers d'une consultation partagée permettant l'élaboration du projet professionnel en concertation avec le patient et le médecin rééducateur. La réalisation de réunions d'information sur les outils existants pour le maintien en emploi serait un autre outil intéressant.

Enfin, le mode de recrutement des patients pourrait évoluer. Alors qu'à ce jour les patients sont principalement adressés par les médecins généralistes et les chirurgiens, il y aurait un intérêt certain à créer un partenariat avec les services de santé au travail. D'autant plus que le médecin du travail est amené à rencontrer des situations pour lesquelles les délais sont contraignants (rupture d'indemnité journalière, risque d'inaptitude). La possibilité d'orienter le salarié rapidement vers ce type de prise en charge serait un atout précieux.

.

CONCLUSION

La satisfaction au travail et la perception de l'impact du travail sur la lombalgie par les patients semblent pouvoir expliquer une part de l'évolution des patients lombalgiques chroniques bénéficiant de programmes multidisciplinaires et éducatifs. Bien que ces résultats doivent être confirmés par des études prospectives, ce travail pose la question de l'implication des facteurs professionnels dans le devenir des patients lombalgiques chroniques. Ces facteurs devraient être évalués au début de la prise en charge des patients afin d'estimer si celle-ci sera conditionnée par la problématique professionnelle. Ce résultat interroge également sur le rôle du médecin du travail au sein de ces programmes de réhabilitation. Son expertise concernant le maintien en emploi et sa connaissance des conditions de travail sont essentielles, notamment pour les patients dont le pronostic médical est réservé.

DÉCLARATION D'INTÉRETS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Juniper M, Le TK, Mladsi D. The epidemiology, economic burden, and pharmacological treatment of chronic low back pain in France, Germany, Italy, Spain and the UK: a literature-based review. *Expert Opin Pharmacother.* nov 2009;10(16):2581-92.
2. A systematic review of the global prevalence of low back pain - Hoy - 2012 - *Arthritis & Rheumatism* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.34347>
3. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain.* août 1995;62(2):233-40.
4. Lee P. The economic impact of musculoskeletal disorders. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* déc 1994;3 Suppl 1:S85-91.
5. Abenhaim L, Suissa S. Importance and economic burden of occupational back pain: a study of 2,500 cases representative of Quebec. *J Occup Med Off Publ Ind Med Assoc.* août 1987;29(8):670-4.
6. Dawson AP, Schluter PJ, Hodges PW, Stewart S, Turner C. Fear of movement, passive coping, manual handling, and severe or radiating pain increase the likelihood of sick leave due to low back pain. *Pain.* juill 2011;152(7):1517-24.
7. Gheldof ELM, Vinck J, Vlaeyen JWS, Hidding A, Crombez G. The differential role of pain, work characteristics and pain-related fear in explaining back pain and sick leave in occupational settings. *Pain.* janv 2005;113(1-2):71-81.
8. Lombalgie. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/ce-qu-il-faut-retenir.html>
9. Frymoyer JW, Pope MH, Costanza MC, Rosen JC, Goggin JE, Wilder DG. Epidemiologic studies of low-back pain. *Spine.* oct 1980;5(5):419-23.
10. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a

systematic review of the literature. *Occup Environ Med.* déc 2005;62(12):851-60.

11. Esquirol Y, Niezborala M, Visentin M, Leguevel A, Gonzalez I, Marquié J-C. Contribution of occupational factors to the incidence and persistence of chronic low back pain among workers: results from the longitudinal VISAT study. *Occup Environ Med.* 2017;74(4):243-51.
12. Bulduk S, Bulduk EÖ, Güler A. Job satisfaction among aircraft baggage handlers and their exposure to risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A case study. *Work Read Mass.* 2017;56(2):301-8.
13. Nguyen C, Poiraudeau S, Revel M, Papelard A. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. */data/revues/11698330/v76i6/S1169833009000878/* [Internet]. 12 juin 2009 [cité 16 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/218687>
14. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HCW, Franche R-L, Boot CRL, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev.* 5 oct 2015;(10):CD006955.
15. Thomas E, Silman AJ, Croft PR, Papageorgiou AC, Jayson MIV, Macfarlane GJ. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ.* 19 juin 1999;318(7199):1662-7.
16. Steenstra IA, Munhall C, Irvin E, Oranye N, Passmore S, Van Eerd D, et al. Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain. *J Occup Rehabil.* 2017;27(3):369-81.
17. Clays E, De Bacquer D, Leynen F, Kornitzer M, Kittel F, De Backer G. The impact of psychosocial factors on low back pain: longitudinal results from the Belstress study. *Spine.* 15 janv 2007;32(2):262-8.
18. Ramond-Roquin A, Bouton C, Bègue C, Petit A, Roquelaure Y, Huez J-F. Psychosocial Risk Factors, Interventions, and Comorbidity in Patients with Non-Specific Low Back Pain in Primary Care: Need for Comprehensive and Patient-

- Centered Care. *Front Med* [Internet]. 8 oct 2015 [cité 22 juill 2019];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597113/>
19. Iles RA, Davidson M, Taylor NF. Psychosocial predictors of failure to return to work in non-chronic non-specific low back pain: a systematic review. *Occup Environ Med*. 1 août 2008;65(8):507-17.
 20. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
 21. Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus - ScienceDirect [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065715004972?via%3Dhub>
 22. Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJN. Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *J Occup Rehabil*. 1 déc 2012;22(4):462-77.
 23. Loisel P, Durand M-J, Berthelette D, Vézina N, Baril R, Gagnon D, et al. Disability Prevention. *Dis Manag Health Outcomes*. 1 juill 2001;9(7):351-60.
 24. Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskelet Disord*. 25 mai 2011;12:112.
 25. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 18 févr 2015;350:h444.
 26. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 7 avr 2010;303(13):1295-302.

27. Educational self-care objectives within a functional spine restoration program. Retrospective study of 104 patients. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27157543>
28. Melloh M, Elfering A, Egli Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli Salathé C, et al. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *Int Orthop.* avr 2009;33(2):301-13.
29. Harris SA, Rampersaud YR. The importance of identifying and modifying unemployment predictor variables in the evolution of a novel model of care for low back pain in the general population. *Spine J.* 1 janv 2016;16(1):16-22.
30. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudieu S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, et al. [Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors]. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys.* mai 2004;47(4):179-89.
31. Turner JA, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Sheppard L, Wickizer TM, Wu R, et al. Worker Recovery Expectations and Fear-Avoidance Predict Work Disability in a Population-Based Workers' Compensation Back Pain Sample. *Spine.* 15 mars 2006;31(6):682-689.
32. Burton AK, Waddell G, Bartys S, Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity: a conceptual and scientific review. *Disabil Med.* sept 2003;3:72-83.
33. Shaw WS, Feuerstein M, Haufler AJ, Berkowitz SM, Lopez MS. Working with low back pain: problem-solving orientation and function. *Pain.* 1 août 2001;93(2):129-37.
34. Gray H, Adefolarin AT, Howe TE. A systematic review of instruments for the assessment of work-related psychosocial factors (Blue Flags) in individuals with non-specific low back pain. *Man Ther.* 1 déc 2011;16(6):531-43.
35. Ostelo RWJG, Deyo RA, Stratford P, Waddell G, Croft P, Von Korff M, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain:

towards international consensus regarding minimal important change. *Spine*. 1 janv 2008;33(1):90-4.

36. monograph_xxii_-_manual_for_the_mn_satisfaction_questionnaire.pdf [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: http://vpr.psych.umn.edu/sites/g/files/pua2236/f/monograph_xxii_-_manual_for_the_mn_satisfaction_questionnaire.pdf
37. Lesage F-X, Berjot S, Deschamps F. Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occup Med Oxf Engl*. déc 2012;62(8):600-5.
38. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. févr 1993;52(2):157-68.
39. Cedraschi C, Allaz AF. How to identify patients with a poor prognosis in daily clinical practice. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 1 août 2005;19(4):577-91.
40. Williams RA, Pruitt SD, Doctor JN, Epping-Jordan JE, Wahlgren DR, Grant I, et al. The contribution of job satisfaction to the transition from acute to chronic low back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. avr 1998;79(4):366-74.
41. Randon S. ACTUALISATION 2011 DE LA REVUE DE LITTERATURE SUR LA SATISFACTION AU TRAVAIL CONDUITE PAR LE CCECQA EN 2000 [Internet]. 2010 mai [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00748863>
42. Lefevre-Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Fermanian J, Coriat F, Mace Y, et al. Frequency and interrelations of risk factors for chronic low back pain in a primary care setting. *PLoS One*. 2009;4(3):e4874.
43. Latza U, Kohlmann T, Deck R, Raspe H. Influence of occupational factors on the relation between socioeconomic status and self-reported back pain in a population-based sample of German adults with back pain. *Spine*. 1 juin 2000;25(11):1390-7.

44. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. *Am J Med.* janv 2010;123(1):87.e7-35.
45. Brage S, Bjerkedal T. Musculoskeletal pain and smoking in Norway. *J Epidemiol Community Health.* avr 1996;50(2):166-9.
46. Biering-Sørensen F, Thomsen CE, Hilden J. Risk indicators for low back trouble. *Scand J Rehabil Med.* 1989;21(3):151-7.
47. de Schepper EIT, Damen J, van Meurs JBJ, Ginai AZ, Popham M, Hofman A, et al. The association between lumbar disc degeneration and low back pain: the influence of age, gender, and individual radiographic features. *Spine.* 1 mars 2010;35(5):531-6.
48. Hubertsson J, Englund M, Hallgårde U, Lidwall U, Löfvendahl S, Petersson IF. Sick leave patterns in common musculoskeletal disorders – a study of doctor prescribed sick leave. *BMC Musculoskelet Disord.* 24 mai 2014;15(1):176.
49. Hecke O van, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth.* 1 juill 2013;111(1):13-8.
50. Evaluation de la satisfaction au travail dans la lombalgie: une revue de la littérature et une évaluation des outils. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 22 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23928031>
51. Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers PM, de Vet HCW, van Mechelen W. Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain. *J Occup Rehabil.* déc 2006;16(4):557-78.

ANNEXES

Présentation du programme

Le programme est destiné aux patients souffrant d'une lombalgie commune chronique évoluant depuis plus de trois mois et dont la prise en charge en ambulatoire a échoué. Les patients sont adressés principalement par les médecins traitant suite à l'échec de la prise en charge ambulatoire. Ce programme propose une prise en charge intensive multidisciplinaire sur 5 jours, de 6 patients, encadrée par un médecin rééducateur. L'objectif de ce programme est de permettre aux patients lombalgiques de retrouver une autonomie dans leur prise en charge en acquérant un savoir adapté à la maladie et en maîtrisant des consignes de sécurité. Les messages délivrés insistent sur l'importance du mouvement, sur l'autogestion d'une douleur chronique et sur la correction des peurs et des croyances inadaptées. Les patients sont pris en charge, dans un cadre hospitalier comprenant un plateau technique de haut niveau, par une équipe multidisciplinaire composée de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, infirmières, psychologues, diététicienne et enseignants d'activité physique adaptée. Ils bénéficient d'une prise en charge physique spécifique et plus générale ainsi que d'ateliers thérapeutiques sur différents thèmes tel que la douleur, les connaissances de la lombalgie, la place de l'activité sportive ou la nutrition. Le suivi de ces patients après le programme est assuré par des consultations individuelles avec le médecin rééducateur à 1 mois, 6 mois et 1 an.

Questionnaires

Échelle de Québec

Cette échelle évalue le retentissement de la lombalgie sur l'activité quotidienne. Chaque activité est cotée de 0 à 5 : 0=aucune difficulté, 1=très peu difficile, 2=un peu difficile, 3=difficile, 4=très difficile, 5=incapable).

1	Vous levez de votre lit	
2	Dormir six heures d'affilées	
3	Vous retournez dans votre lit	
4	Voyager pendant une heure en voiture	
5	Se tenir debout pendant une durée de 20 à 30 minutes	
6	Demeurer assis pendant quatre heures	
7	Monter un étage d'escaliers	
8	Marcher le long de plusieurs pâtés de maisons (environ 300 à 400 mètres)	
9	Marcher plusieurs kilomètres	
10	Atteindre des étagères hautes	
11	Lancer une balle	
12	Courir le long de deux pâtés de maisons	
13	Sortir la nourriture du réfrigérateur	
14	Faire son lit	
15	Mettre des chaussettes (ou un collant)	
16	Se pencher en avant au-dessus d'un évier durant 10 minutes	
17	Déplacer une table	
18	Pousser ou tirer une lourde porte	
19	Porter deux paniers à provisions	
20	Soulever 18 kilos	
Score total /100		

Questionnaire sur la notion d'Appréhension-Évitement

Le score se calcule en additionnant les résultats des questions 2 à 5 pour le sous-score concernant l'activité physique et des questions 6, 7, 9 et 12 à 15 pour le sous-score concernant le travail. Le total est donné sur 24 pour le premier sous score et 42 pour le second.

FABQ PHYSIQUE		Désaccord	Incertain	Accord
1	Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1 2 3 4 5	6
2	L'activité physique aggrave ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
3	L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
4	Je ne devrais pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
5	Je ne peux pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1 2 3 4 5	6

FABQ TRAVAIL		Désaccord	Incertain	Accord
6	La douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident de travail	0	1 2 3 4 5	6
7	Mon travail a aggravé ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
8	J'ai droit à une indemnisation pour ma douleur	0	1 2 3 4 5	6
9	Mon travail est trop dur pour moi	0	1 2 3 4 5	6
10	Mon travail augmente ou pourrait augmenter mes douleurs	0	1 2 3 4 5	6
11	Mon travail pourrait abîmer mon dos	0	1 2 3 4 5	6
12	Je ne devrais pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
13	Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1 2 3 4 5	6
	Je ne peux pas faire mon travail habituel avant que mes douleurs soient traitées			
14	efficacement	0	1 2 3 4 5	6
15	Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel avant 3 mois	0	1 2 3 4 5	6
16	Je ne pense pas que je pourrai un jour être capable de reprendre ce travail	0	1 2 3 4 5	6

Questionnaire d'incapacité d'OSWESTRY

Ce questionnaire a été élaboré dans le but de connaitre l'impact de la lombalgie sur les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne. Chaque items est côté de 0 à 5. Le total est exprimé en pourcentage en multipliant la somme totale par 2.

Section 1 – Intensité de la douleur

- ✓ En ce moment, je ne ressens aucune douleur.
- ✓ En ce moment, j'ai des douleurs très légères.
- ✓ En ce moment, j'ai des douleurs modérées.
- ✓ En ce moment, j'ai des douleurs assez intenses.
- ✓ En ce moment, j'ai des douleurs très intenses.
- ✓ En ce moment, les douleurs sont pires que l'on puisse imaginer.

Section 2- Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)

- ✓ Je ne peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleurs supplémentaires.
- ✓ Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.
- ✓ Je dois effectuer mes soins personnels avec précaution et lenteur, et je ressens des douleurs.
- ✓ J'ai besoin d'aide pour les soins personnels, mais j'arrive encore à effectuer la plus grande partie de ceux-ci seul(e).
- ✓ J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.
- ✓ Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

Section 3 – Soulever des charges

- ✓ Je peux soulever des charges lourdes sans augmentation de douleurs.
- ✓ Je peux soulever des charges lourdes, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de soulever de lourdes charges depuis le sol, mais cela reste possible si elles sont sur un endroit approprié. (Par ex : sur une table)
- ✓ Les douleurs m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux en soulever de légères à modérées si elles sont sur un endroit approprié.
- ✓ Je ne peux soulever que de très légères charges.
- ✓ Je ne peux rien soulever, ni porter du tout.

Section 4 – Marche

- ✓ Les douleurs ne m'empêchent pas de marcher, quelle que soit la distance
- ✓ Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà d'un km
- ✓ Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 250m
- ✓ Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 100m
- ✓ Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles
- ✓ Je reste au lit la plupart du temps et dois me traîner jusqu'aux toilettes

Section 5 – Position assise

- ✓ Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur n'importe quel siège.
- ✓ Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur mon siège favori.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une heure.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une demi-heure.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus de dix minutes.
- ✓ Les douleurs m'empêchent toute position assise.

Section 6 – Position debout

- ✓ Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire sans douleur supplémentaire.
- ✓ Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire, mais cela occasionne des douleurs supplémentaires.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une heure.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une demi-heure.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de rester debout plus de dix minutes.
- ✓ Les douleurs m'empêchent de me tenir debout

Section 7 – Sommeil

- ✓ Mon sommeil n'est jamais perturbé par les douleurs.
- ✓ Mon sommeil est parfois perturbé par les douleurs.
- ✓ A cause des douleurs, je dors moins de six heures.
- ✓ A cause des douleurs, je dors moins de quatre heures.
- ✓ A cause des douleurs, je dors moins de deux heures.
- ✓ Les douleurs m'empêchent totalement de dormir.

Section 8 – Vie sexuelle (si présente)

- ✓ Ma vie sexuelle est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.
- ✓ Ma vie sexuelle est normale, mais occasionne parfois quelques douleurs supplémentaires.
- ✓ Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.
- ✓ Ma vie sexuelle est fortement réduite à cause des douleurs.
- ✓ Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause des douleurs.
- ✓ Les douleurs m'empêchent toute vie sexuelle

Section 9 – Vie sociale

- ✓ Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleurs supplémentaires.
- ✓ Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité des douleurs.
- ✓ Les douleurs n'ont pas de répercussion significative sur ma vie sociale, excepté une limitation lors de mes activités physiques. (Par ex : le sport, etc.)
- ✓ Les douleurs limitent ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.
- ✓ Les douleurs limitent ma vie sociale à mon foyer.
- ✓ Je n'ai plus de vie sociale à cause des douleurs.

Section 10 – Voyage

- ✓ Je peux voyager partout sans douleur
- ✓ Je peux voyager partout, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.
- ✓ Les douleurs sont bien présentes, mais je peux effectuer un trajet de plus de deux heures.
- ✓ Les douleurs m'empêchent tout trajet de plus d'une heure.
- ✓ Les douleurs ne me permettent que de courts trajets nécessaires de moins de 30 minutes.
- ✓ Les douleurs m'empêchent tout trajet, sauf pour recevoir un traitement

Questionnaire de DALLAS

Le questionnaire se divise en quatre sous-scores : répercussion de la lombalgie sur les activités quotidiennes, répercussion sur l'activité professionnelle et les loisirs, répercussion sur l'anxiété et la dépression et répercussion sur la sociabilité. Les résultats sont exprimés en pourcentage.

Activités quotidiennes						
1	La douleur et son intensité (dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?)					
	Pas du tout		Parfois		Tout le temps	
0	1	2	3	4	5	
2	Les gestes de la vie quotidienne (dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de la vie quotidienne : sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller etc....)					
	Pas du tout (pas de douleur)		Moyennement		Je ne peux pas sortir du lit	
0	1	2	3	4	5	
3	La possibilité de soulever quelque chose (dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?)					
	Pas du tout (comme avant)		Moyennement		Je ne peux rien soulever	
0	1	2	3	4	5	
4	La marche (dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?)					
	Je marche comme avant		Presque comme avant		Presque plus	
0	1	2	3	4	5	
5	La position assise (dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?)					
	Pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)		Moyennement		Je ne peux pas rester assis(e)	
0	1	2	3	4	5	
6	La position debout (dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?)					
	Pas du tout (je reste debout comme avant)		Moyennement		Je ne peux pas rester debout	
0	1	2	3	4	5	
7	Le sommeil (dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?)					
	Pas du tout (je dors comme avant)		Moyennement		Je ne peux pas dormir du tout	
0	1	2	3	4	5	
Total x 3 = % de répercussion sur les activités quotidiennes						

Activités professionnelles et de loisirs						
8	Activité sociale (dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danser, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sortie, etc. ... ?)					
	Pas du tout (ma vie sociale est comme avant)		Moyennement		Je n'ai plus aucune vie sociale	
0	1	2	3	4	5	

9	Les déplacements en voiture (dans quelle mesure votre douleur gène-t-elle vos déplacements en voiture ?)					
	Pas du tout (je me déplace comme avant)		Moyennement		Je ne peux pas me déplacer en voiture	
	0	1	2	3	4	5
10	Les activités professionnelles (dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?)					
	Pas du tout (elle ne me gène pas)		Moyennement		Je ne peux pas travailler	
	0	1	2	3	4	5
Total x 5 = % de répercussion sur le rapport activités professionnelles / loisirs						
Anxiété / Dépression						
11	L'anxiété / le moral (dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?)					
	Je fais face entièrement (pas de changement)		Moyennement		Je ne fais pas face	
	0	1	2	3	4	5
12	La maîtrise de soi (dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?)					
	Je les contrôle entièrement		Moyennement		Je ne les contrôle pas du tout	
	0	1	2	3	4	5
13	La dépression (dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?)					
	Je ne suis pas déprimé(e)		Je suis complètement déprimé(e)			
	0	1	2	3	4	5
Total x 5 = % de répercussion sur le rapport anxiété / dépression						
Sociabilité						
14	Les relations avec les autres (dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?)					
	Pas de changement			Changement radical		
	0	1	2	3	4	5
15	Le soutien dans la vie de tous les jours (dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal : travaux domestiques, préparation des repas, etc. . . ?)					
	Aucun soutien nécessaire			Soutien permanent		
	0	1	2	3	4	5
16	Les réactions défavorables des proches (dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque chez vos proches de l'irritation, de l'agacement ou de la colère à votre égard ?)					
	Pas du tout		Parfois		Tout le temps	
	0	1	2	3	4	5
Total x 5 = % de répercussion sur la sociabilité						

Minnesota Satisfaction Questionnaire

DANS VOTRE EMPLOI ACTUEL, ÊTES-VOUS SATISFAIT ?	TRÈS INSATISFAIT	INSATISFAIT	NI SATISFAIT, NI INSATISFAIT	SATISFAIT	TRÈS SATISFAIT
1. de vos possibilités d'avancement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. des conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. des possibilités de faire des choses différentes de temps en temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. de votre importance aux yeux des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. de la manière dont votre supérieur dirige ses employés (rapports humains)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. de la compétence de votre supérieur dans les prises de décision (compétences techniques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. des possibilités de faire des choses qui ne sont pas contraires à votre conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de la stabilité de votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. des possibilités d'aider les gens dans l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. des possibilités de dire aux gens ce qu'il faut faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. des possibilités de faire des choses qui utilisent vos capacités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. de la manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. de votre salaire par rapport à l'importance du travail que vous faites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. des possibilités de prendre des décisions de votre propre initiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. des possibilités de rester occupé tout le temps au cours de la journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. des possibilités d'essayer vos propres méthodes pour réaliser le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. des possibilités de travailler seul dans votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. de la manière dont vos collègues s'entendent entre eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. des compliments que vous recevez pour la réalisation d'un bon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire ad-hoc

Renseignements personnels :

- **Enseignements personnels :**
 - Quel âge avez-vous ?
 - Sexe : femme / homme
 - Fumez-vous ?
 - Quelle est votre taille ? Votre poids ?
 - Etes-vous marié / pacsé / en couple ?
 - Souffrez-vous d'autres problèmes de santé ?
 - Avez-vous été pris en charge pour une dépression ?
 - Quel est le Nombre d'épisodes de lombalgie / sciatique depuis la fin du PROGRAMME ?
 - Avez-vous été opéré du dos ?
 - Si oui, quelle a été l'opération ?
 - Quand a-t-elle eu lieu ?
 - Se sont-ils produits des événements jugés négatifs depuis la fin du PROGRAMME (divorce, décès) ?

Renseignements professionnels :

Pouvez-vous décrire votre poste de travail ? (depuis quand, fonction, type de contrat, horaires)

Quel est votre niveau de formation ?

Quelle est votre catégorie professionnelle ? Salarié / employeur / indépendant / sans emploi / Etudiant

Combien d'emplois avez-vous occupés durant votre carrière ?

Pouvez-vous décrire votre carrière professionnelle ? Précisez les changements de poste/emplois du fait de vos problèmes de dos.

Quel est la durée de trajet domicile-lieu de travail et temps passés en conduite dans le cadre du travail (en moyenne) ?

Vous pouvez indiquer les renseignements qui vous semblent pertinents concernant votre situation professionnelle et qui n'ont pas été abordés. Notamment si vous rencontrez des problèmes relationnels ou de stress sur votre lieu de travail.

Résultats concernant les scores utilisés pour la répartition de l'effectif

	Groupe persistance symptômes (Moyenne)		Groupe amélioration symptômes (Moyenne)		p
EVA	4.79	+/- 1.99	5.43	+/- 2.22	0.15
FABQ	38.31	+/- 15.32	34.27	+/- 15.78	0.26
FABQ Travail	27.06	+/- 11.26	24.71	+/- 14.84	0.30
FABQ Physique	10.89	+/- 6.40	9.56	+/- 5.84	0.40
QUEBEC	42.72	+/- 15.99	43.44	+/- 18.55	0.86
HANDICAP	41.59	+/- 11.36	39.54	+/- 11.91	0.45
DALLAS AVJ	64.38	+/- 10.43	63.38	+/- 13.21	0.76
DALLAS PRO	43.75	+/- 10.13	41.90	+/- 11.98	0.62
DALLAS AD	35.42	+/- 14.36	33.28	+/- 17.02	0.58
DALLAS social	29.25	+/- 15.97	28.00	+/- 16.65	0.75
DALLAS total	43.20	+/- 10.68	41.64	+/- 11.88	0.62
OSWESTRY	38.09	+/- 12.51	34.00	+/- 10.58	0.42

Tableau 4 : En gras, p<0.2-Résultats quantitatifs concernant les scores et sous-scores des questionnaires avant le début du programme

Modélisation de l'analyse par régression linéaire

Synthèse de Sélection ascendante								
Etape	Variable entrée	Libellé	Nombre var. dans	R carré partiel	R carré du modèle	C(p)	Valeur F	Pr > F
1	impact_travail	Impact travail	1	0.2490	0.2490	19.6142	22.87	<.0001
2	tabagisme	Tabagisme	2	0.0678	0.3168	13.7949	6.75	0.0115
3	épisodes LA	Episodes LA	3	0.0452	0.3620	10.5811	4.75	0.0329
4	EVA_J0	EVA préPROGRAMME J0	4	0.0417	0.4037	7.7713	4.62	0.0353
5	contraintes_pro	Contraintes professionnelles	5	0.0183	0.4220	7.6580	2.06	0.1559
6	Quebec_J0	Quebec J0	6	0.0101	0.4321	8.4916	1.14	0.2897
7	HANDICAP_J0	Dallas moyen / Oswestry J0	7	0.0258	0.4579	7.5182	3.00	0.0884
8	amenagement_poste	Aménagement poste	8	0.0045	0.4624	9.0000	0.52	0.4743

Root MSE **0.39041** R carré **0.4624** Moyenne dépendante **0.54930** R car. ajust. **0.3930** Coeff Var **71.07380**

Tableau 5 : Modélisation par régression linéaire

Résultats statistiques portant sur l'effectif global

Variables quantitatives utilisées	Percentiles						
	N Valide	Moyenne	Médiane	Ecart type	25	50	75
EVA J0	77	5,1	5,5	2,1	3,8	5,5	6,8
FABQ Total J0	77	35,6	35,0	14,7	24,5	35,0	43,5
Quebec J0	77	43,1	44,0	17,3	29,0	44,0	56,0
Dallas AVJ J0	53	63,8	63,0	11,9	57,0	63,0	72,0
HANDICAP D J0	53	42,3	42,0	11,3	34,4	42,0	51,8
EVA stress travail	77	4,2	4,5	3,0	1,5	4,5	7,0
EVA stress Général	77	2,9	2,5	2,4	1,0	2,5	4,5
MSQ	76	69,1	70,0	12,1	60,0	70,0	79,0
satisfaction / MT	56	6,3	8,0	3,5	4,3	8,0	9,0
satisfaction / employeur	60	4,0	4,5	3,7	-	4,5	8,0
impact travail	77	5,8	6,0	3,1	3,0	6,0	8,0

Tableau 6 : description de l'effectif global avec les variables quantitatives

	Nb	%
âge		
Moins de 30 ans	3	4%
30 à 44 ans	32	42%
45 ans et plus	41	54%
Total	76	100%
sexe		
Homme	31	41%
Femme	45	59%
Total	76	100%
IMC		
25 et moins	44	58%
supérieur à 25	32	42%
Total	76	100%
Stress au travail >5		
non	37	48%
oui	40	52%
Total	77	100%
Satisfait médecin du travail >8		
non	25	45%
oui	31	55%
Total	56	100%
Satisfait employeur >5		
non	30	50%
oui	30	50%
Total	60	100%
Impact du travail >7		
non	40	52%
oui	37	48%
Total	68	100%
Situation familiale		
Célibataire	17	22%
En couple	60	78%
Total	77	100%
Evènement jugé négatif		
non	52	68%
oui	25	32%
Total	77	100%
tabagisme		
non	49	64%

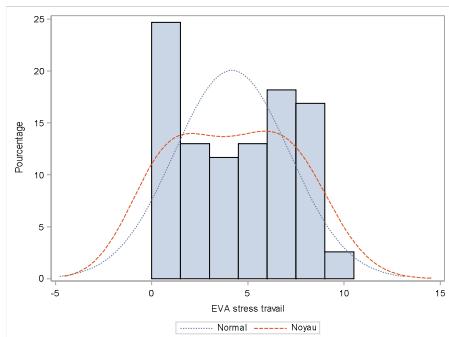
	oui	28	36%
	Total	77	100%
Présence d'autres pathologies chroniques	non	41	53%
	oui	36	47%
	Total	77	100%
Prise en charge d'une dépression	non	55	71%
	oui	22	29%
	Total	77	100%
Nombre d'épisodes de lombalgie aigues	Aucun	21	27%
	1 à 3 épisodes	32	42%
	Plus de 3 épisodes	24	31%
	Total	77	100%
Chirurgie lombaire	non	63	82%
	oui	14	18%
	Total	77	100%
niveau formation	aucune	13	17%
	BAC-CAP-BEP	31	40%
	BAC+2	33	43%
	Total	77	100%
en poste	non	20	26%
	oui	57	74%
	Total	77	100%
statut	salarié	56	73%
	Employeur / indépendant	12	16%
	Sans emploi	9	12%
	Total	77	100%
contraintes pro	non	37	48%
	oui	40	52%
	Total	77	100%
Nombre d'emploi occupé	<3	44	57%
	≥3	33	43%
	Total	77	100%
tps de trajet quotidien > 30 minutes	non	49	64%
	oui	27	36%
	Total	76	100%
Accident du travail	non	54	70%
	oui	23	30%
	Total	77	100%
Maladie Professionnelle	non	74	96%
	oui	3	4%
	Total	77	100%
Reconnu Travailleur Handicapé	non	44	57%
	oui	33	43%
	Total	77	100%

Consultation médecin du travail	non	11	16%
	oui	59	84%
	Total	70	100%
Consultation à la demande du salarié	non	44	62%
	oui	27	38%
	Total	71	100%
aménagement poste	non	40	55%
	oui	33	45%
	Total	73	100%
changement professionnel	non	35	45%
	oui	42	55%
	Total	77	100%

Tableau 7 : description de l'effectif global avec les variables qualitatives

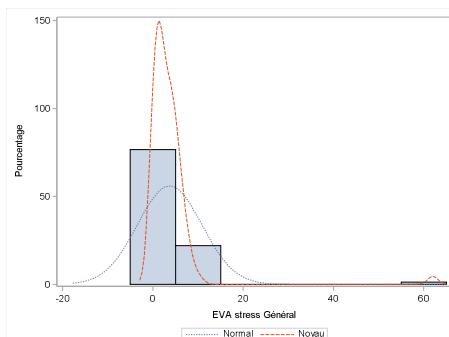
Diagrammes de répartition pour les résultats quantitatifs dont le seuil de significativité est inférieur à 5%

Échelle visuelle analogique : stress au Travail



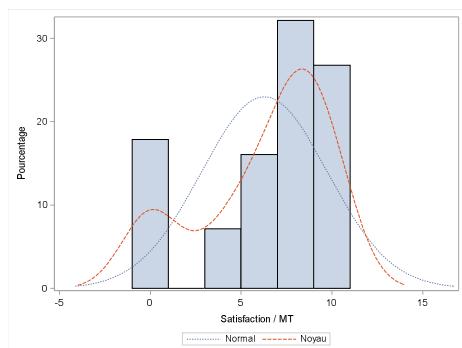
Location		Variabilité	
Moyenne	4.168831	Ecart-type	2.98418
Médiane	4.500000	Variance	8.90533
Mode	0.000000	Intervalle	10.00000
			Ecart interquartile
			5.50000

Échelle visuelle analogique : stress en général



Mesures statistiques de base			
Location		Variabilité	
Moyenne	3.707792	Ecart-type	7.13376
Médiane	2.500000	Variance	50.89046
Mode	0.000000	Intervalle	62.00000
			Ecart interquartile
			3.50000

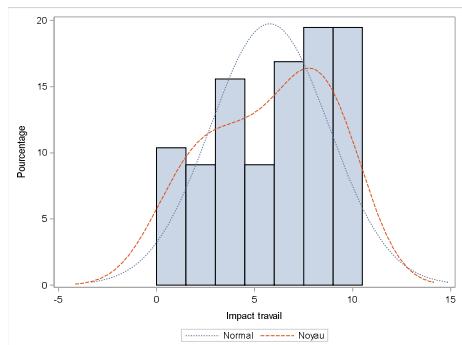
Satisfaction par rapport au médecin du travail



Mesures statistiques de base

Location		Variabilité	
Moyenne	6.285714	Ecart-type	3.47309
Médiane	8.000000	Variance	12.06234
Mode	8.000000	Intervalle	10.00000
		Ecart interquartile	4.50000

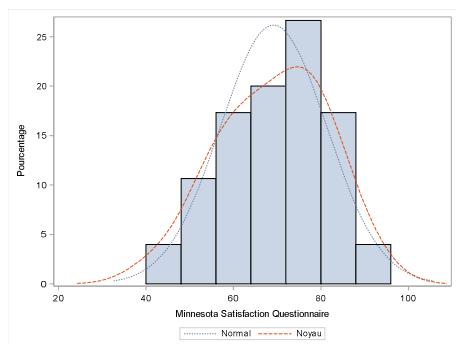
Impact du travail sur les douleurs



Location

Location		Variabilité	
Moyenne	5.772727	Ecart-type	3.03114
Médiane	6.000000	Variance	9.18780
Mode	8.000000	Intervalle	10.00000
		Ecart interquartile	5.00000

Satisfaction au travail (MSQ>75)



Mesures statistiques de base			
Location		Variabilité	
Moyenne	69.17333	Ecart-type	12.19700
Médiane	70.00000	Variance	148.76685
Mode	80.00000	Intervalle	53.00000
		Ecart interquartile	19.00000

SERMENT D'HIPPOCRATE

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.

ABSTRACT

Introduction Multidisciplinary rehabilitation programs (MPR) for chronic low back pain patients combine physical, behavioral, educational and socio-professional interventions. However, patient's outcome remains variable and difficult to predict. This raises the question of the impact of professional factors. The main objective of this study was to determine whether clinical outcome after rehabilitation program was related to job satisfaction.

Material and method This retrospective study included 77 patients who have participated in a dedicated MPR in 2016 or 2017. Clinical outcomes (VAS pain, DALLAS/OSWESTRY, QUEBEC) were recorded before and one year after the program while Job satisfaction (MSQ), stress (EVA stress), satisfaction with occupational physician, work related pain, only one year after the program. Patients were divided in two groups according to clinical outcome (favorable versus unfavorable outcome) and the result of work criteria were compared.

Results and discussion Thirty six patients (out of 77) demonstrated poor outcome (less than 30% of clinical improvement). Within this group, 23.5% were satisfied with their job (versus 53.7%, p=0.01); MSQ questionnaire was on average $65.2 +/12.58$ (versus $72.49 +/10.94$, p=0.01); 66.7% felt that their work had an impact on their lower back pain (versus 31.7%, p=0.02); the impact of work on lower back pain was on average $7.32 +/2.17$ (versus $4.41 +/3.05$, p=0.0001).

Conclusion Job satisfaction and perception of work related on low back pain may explain a consistent part of poor outcomes after rehabilitation programs. The involvement of occupational physician seems essential.

Keywords: chronic low back pain, job satisfaction, work impact, rehabilitation program, occupational physician, pre-recovery, return to work

Introduction Les programmes de réhabilitation multidisciplinaires (MPR) pour les patients souffrant de lombalgie chronique associent des interventions physiques, comportementales, éducatives et socioprofessionnelles. Le devenir des patients reste pourtant variable et difficile à prédire. Se pose donc la question de l'impact des facteurs professionnels. Cette étude a pour objectif principal de déterminer si l'évolution clinique après un programme de rééducation est corrélée à la satisfaction au travail.

Matériel et méthode Cette étude rétrospective a inclus 77 patients qui ont participé à un programme de réhabilitation en 2016 ou 2017. Les scores cliniques (seuil douloureux, FABQ, DALLAS / OSWESTRY et QUÉBEC) ont été recueillis avant et un an après le programme alors que la satisfaction au travail (MSQ), le stress (EVA stress), la satisfaction concernant le médecin du travail ou l'impact du travail sur les douleurs, seulement un an après. Les patients ont été différenciés en deux groupes selon les données cliniques (évolution favorable versus défavorable) et les résultats concernant les critères professionnels ont été comparés.

Résultats et discussion Trente six patients (sur 77) ont évolué défavorablement (moins de 30% d'amélioration des scores cliniques). Parmi ce groupe, 23.53% se sont dit satisfaits de leur travail (versus 53.66%, $p=0.01$) ; le MSQ était en moyenne de 65.18 \pm 12.58 (versus 72.49 \pm 10.94, $p=0.01$) ; 66.7% ont estimé que leur travail avait un impact sur leurs douleurs lombaires (versus 31.7%, $p=0.02$) ; l'impact du travail sur les douleurs lombaires était en moyenne de 7.32 \pm 2.17 (versus 4.41 \pm 3.05, $p=0.0001$).

Conclusion La satisfaction au travail et la perception de l'impact du travail sur la lombalgie semblent expliquer une part non négligeable de l'évolution des patients lombalgiques chroniques après ce programme de réhabilitation. L'implication du médecin du travail semble essentielle.

Mots-clés : lombalgie chronique, satisfaction au travail, impact travail, programme de rééducation, médecin du travail, pré reprise, retour au travail