

2017-2018

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DU TRAVAIL

**Adaptation et validation
transculturelle d'un questionnaire
visant à évaluer les
représentations liées à
l'incapacité au travail chez des
patients lombalgiques chroniques**

MONTOYA Emilie

Né le 05 avril 88 à Sisteron (04)

Sous la direction de Mme PETIT Audrey

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves	Président
Madame le Professeur PETIT Audrey	Directeur
Monsieur le Professeur GARNIER François	Membre
Monsieur le Docteur SOULARD Frédéric	Membre

Soutenue publiquement le :
26 Mars 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Mme MONTOYA Emilie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **01/02/2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLÉ Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Le Professeur Audrey PETIT pour m'avoir proposé ce sujet et avoir assuré la direction de cette thèse. Je remercie toute l'équipe de pathologie professionnelle et en particulier l'infirmière Valérie GALLOT.

Je remercie tous les membres du jury, Madame le Professeur Audrey PETIT, Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE, Monsieur le Professeur François GARNIER et Monsieur le Docteur Frédérique SOULARD de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Je remercie le laboratoire ESTER pour leur aide nécessaire concernant les statistiques.

Je remercie également toutes les personnes qui ont participées de près ou de loin à la réalisation de ce projet et notamment Madame Sandra GIRAUT et Monsieur Charles BERGIDGE <3.

Liste des abréviations

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Partie 1 : résultat de l'adaptation transculturelle du QRIT (prétest)

2. Partie 2 : validation du QRIT-f

- 2.1. Caractéristiques de la population étudiée
- 2.2. Comparaison QRIT-f aux autres tests validés (tests de référence)
- 2.3. Cohérence interne du QRIT-f ($n=50$)
- 2.4. Validité convergente du QRIT-f ($n=50$)

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

AUCUNE ENTREE DE TABLE D'ILLUSTRATION N'A ETE TROUVEE.LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Questionnaire QRIT**
- 2. Lettre d'information**
- 3. Comité éthique**

INTRODUCTION

La lombalgie chronique est un problème majeur de santé publique et de santé au travail, notamment du fait de l'incapacité au travail qu'elle génère. Or, il est maintenant bien admis qu'en présence de douleur persistante, la perception de l'incapacité au travail reliée à la douleur est un élément majeur qui influence la durée de l'arrêt de travail [23]. Autrement dit, la manière dont le travailleur comprend son problème (représentations) influence ses stratégies d'adaptations et par conséquent son retour au travail, à la suite d'un arrêt de travail prolongé pour lombalgie [1, 2, 3].

Les représentations de la maladie sont définies comme l'ensemble des pensées, des idées, des croyances et des attitudes concernant la nature de la maladie ; elles sont construites par la personne pour donner un sens à sa maladie et sont associées à l'adoption de comportements qui visent l'adaptation ou le contrôle du problème [1, 2, 3]. Aborder la maladie sous l'angle des représentations permet donc de comprendre les comportements qui y sont associés et ainsi d'améliorer sa prise en charge médicale et socioprofessionnelle [5, 6]. Dans le cadre de prises en charge associant réentraînement à l'effort et dispositif de retour/maintien en emploi à destination des travailleurs lombalgiques chroniques (soins tertiaires), l'évaluation des représentations apparaît donc cruciale.

Actuellement, il n'existe aucun outil de mesure des représentations qui soit adapté et validé à une population de travailleur français en incapacité prolongée au travail due à la lombalgie. Par contre, il existe plusieurs questionnaires qui permettent d'évaluer certaines dimensions des représentations [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19]. Cependant, la multiplication des outils de mesure ne semble pas adaptée à la pratique clinique. Le « Questionnaire des Représentations liées à l'Incapacité au Travail » (QRT) québécois propose une évaluation de

l'ensemble des dimensions des représentations de la maladie et de l'incapacité au travail liée à celle-ci en un seul outil. [6, 7, 8]

L'objectif de l'étude était d'adapter et de valider en français un questionnaire québécois validé: le Questionnaire des Représentations liées à l'Incapacité au Travail (QRIT), évaluant les différentes sphères des représentations de la maladie et de l'incapacité au travail après un arrêt de travail prolongé pour lombalgie [6, 7].

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective, non randomisée, monocentrique, réalisée au CHU d'Angers dans le cadre des consultations Lombaction, et en collaboration avec l'équipe québécoise (laboratoire de recherche CAPRIT, Université de sherbrooke, Canada) à l'origine du questionnaire QRIT.

Une adaptation française du questionnaire (QRIT-f) a été élaborée par un groupe de cliniciens et de chercheurs, français et québécois, experts dans le domaine de l'incapacité prolongée au travail (Annexe 1). Le QRIT est un questionnaire auto-administré. Cet outil de mesure est composé de 88 items répartis en 3 sections et permettant d'explorer 9 dimensions : identité, durée aigüe/chronique de la lombalgie, conséquences, contrôle personnel, attentes d'efficacité du traitement, durée cyclique, cohérence, représentation émotionnelle et causes [6, 7]. Chacune des 9 dimensions est analysée séparément grâce à un score indépendant. La validité de l'évaluation de chaque dimension des représentations était évaluée grâce à des outils fiables et validés en français : Le Fear Avoidance and Belief Questionnaire (FABQ) qui évalue les peurs croyances et évitements en lien avec la lombalgie [9], le Dallas Pain Questionnaire (DPQ) qui évalue le retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidiennes [10-13], l'Echelle visuelle analogique (EVA) qui évalue l'intensité de la douleur, l'Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) qui évalue les symptômes anxio-dépressifs [14], l'échelle des pensées catastrophiques [15], la version française de l'Oswestry Disability Index qui évalue l'incapacité fonctionnelle [16], le Pain Self Efficacy Questionnaire (PSEQ) qui évalue le sentiment d'auto-efficacité personnelle [17] ; Le Implicit Models of Illness Questionnaire version française (IMIQ) qui évalue plusieurs dimensions : conséquences, curabilité, responsabilité, variabilité) [18], le

Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBPI) qui fait l'inventaire des croyances et perceptions associées à la douleurs [19].

Les réponses aux auto-questionnaires ont été saisies via le logiciel Excel®.

La cohérence interne entre les réponses aux questions portant sur la même dimension des représentations du questionnaire a été évaluée grâce au calcul du coefficient alpha de Cronbach. La validité externe obtenue pour identifier la corrélation entre les scores obtenus par la QRIT-f et ceux obtenus par les outils de référence pour chaque dimension du questionnaire a été évaluée grâce au coefficient de Pearson. Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.4 par une statisticienne du laboratoire ESTER (Epidémiologie en santé au travail et ergonomie) d'Angers.

La population cible était composée d'adultes (hommes et femmes), en âge de travailler (18-60 ans) et en incapacité prolongée au travail (arrêt de travail ≥ 3 mois) du fait de la lombalgie. Les critères d'exclusion étaient les salariés ayant des difficultés pour lire et ou comprendre le français, les salariés ayant une lombalgie reliée à une pathologie spécifique (lombalgie secondaire), enfin les salariés présentant un trouble psychiatrique majeur documenté dans le dossier médical.

Le recrutement a été effectué à partir des patients adressés à la consultation pluridisciplinaire ou simple du réseau Lombaction (Service de pathologie professionnelle du CHU d'Angers) entre mars 2017 et avril 2018. Ce réseau de soins tertiaires recrute des patients-travailleurs lombalgiques chroniques en difficulté pour le retour au travail et/ou le maintien en emploi du fait de la lombalgie. Les consultations comprennent un entretien infirmier, un entretien avec une psychologue et un entretien médical. Chaque consultation aboutit à une proposition de prise en charge comprenant : un programme de rééducation spécifique (en externe ou en centre spécialisé), un accompagnement au maintien à l'emploi, et des orientations spécifiques

au cas par cas (médecin du travail, psychiatre...etc.). Le recrutement de ce réseau correspond à la population cible du questionnaire.

Les patients correspondant aux critères d'inclusion ont reçu une explication et une information écrite sur le déroulement de l'étude (Annexe 2). Les salariés acceptant de participer ont ensuite signé un formulaire de consentement et répondu aux différents questionnaires comprenant le QRIT-f et les 9 autres questionnaires utiliser comme référence. La procédure prenait environ une heure.

Le critère de jugement principal était la corrélation entre les scores obtenus pour chaque dimension des représentations mesurées par le questionnaire QRIT-f et les scores obtenus par les outils de référence.

Une phase de prétest a été effectuée auprès d'un échantillon de la population cible (n=15) pour vérifier la clarté des items de la version française du questionnaire, c'est-à-dire traduite du québécois vers le français de France (QRIT-f). Cette phase a consisté en la cotation de la clarté de chaque item (n=88) sur une échelle de Likert à 7 niveaux (1=pas clair ; 7=tout à fait clair). Les résultats de cette première phase ont permis d'affiner la clarté des items pour une seconde version du questionnaire français (QRIT-f).

La seconde phase de l'étude a été effectuée auprès d'un plus large échantillon (n=50), sur le modèle de la validation de l'outil québécois [7]. Elle avait pour objectif d'évaluer la pertinence et la validité du questionnaire pour l'évaluation des 9 composantes des représentations à partir d'échelles validées pour ces mêmes dimensions. Cette phase a consisté en la cotation des items sur une échelle de Likert à 5 niveaux (1=pas du tout d'accord ; 5=tout à fait d'accord).

La cotation a été inversée pour certaines questions posées de manière négative. En effet des scores élevés aux dimensions *identité*, *durée*, *conséquences* et *représentation émotionnelle* indiquent des croyances négatives associées à la lombalgie, alors que des scores élevés aux dimensions *contrôle personnel*, *attente d'efficacité du traitement* et *cohérence* témoignent de

croyances positives en lien avec leur lombalgie (Figure1). La corrélation entre les réponses aux items du QRIT-f et aux questionnaires validés a été calculée pour chaque dimension séparément.

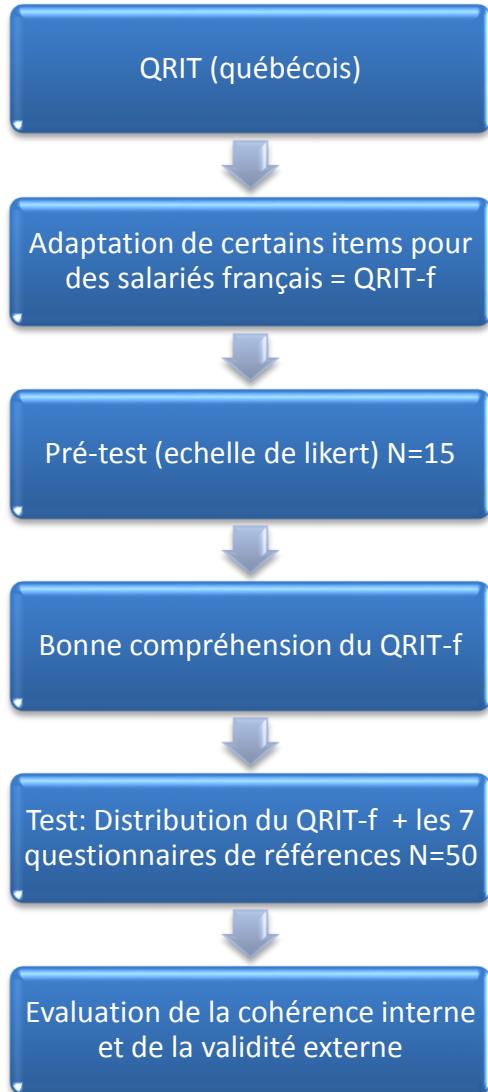


Figure 1 : synthèse du déroulement de l'étude

Le comité d'éthique du centre hospitalier d'Angers a donné un avis favorable pour l'étude (N°2016/82) (Annexe 3).

RÉSULTATS

1. Partie 1 : résultat de l'adaptation transculturelle du QRIT (prétest)

Certains items du QRIT ont été adaptés pour être mieux compris par un public français. L'expression « condition de santé » a été remplacé par « état de santé », « soins de santé » par « prise en charge médicale », « attitude mentale » par « état d'esprit », « blessure » par « problème de santé », « sensation physique » par « sensibilité », et « gain de poids » par « prise de poids ».

La validation de la version QRIT-f a été effectuée auprès de quinze travailleurs.

Les résultats du prétest confirment que tous les items sont bien compris par la population cible.

2. Partie 2 : validation du QRIT-f

2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Cinquante salariés ont donc été inclus au cours de la période 2017-2018 et ont répondu à la totalité des questionnaires. Les documents étaient relus après chaque recueil afin de vérifier qu'aucune réponse ne manquait. En cas d'oubli, le salarié était recontacté par téléphone afin de pouvoir compléter les réponses manquantes.

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée. AT-MP : lombalgie déclarée en accident du travail ou en maladie professionnelle.

Catégories	Fréquence (%)
Genre : - Homme - Femme	29 (58 %) 21 (42 %)
Poste de travail - Sédentaire - Non sédentaire - mixte	2 (4 %) 32 (64 %) 16 (32 %)
Contrat de travail - CDI - CDD/intérimaire - Fonctionnaire - à son compte	40 (80 %) 2 (4 %) 7 (14 %) 1 (2 %)
Ancienneté au poste - 0-5 ans - 5-10 ans - Plus de 10 ans	13 (26 %) 17 (34 %) 12 (24 %)
Déclaration AT-MP : - Accident du Travail - Maladie professionnelle	12 (24 %) 6 (12 %)
Ancienneté de la lombalgie : - 6-12 mois - 1-2 ans - 2-5 ans - 5-10 ans - >10ans	7 (14 %) 10 (20 %) 11 (22 %) 6 (12 %) 16 (32 %)
Antécédent de chirurgie du rachis : - Oui - Non	11 (22 %) 39 (78 %)
Antécédent de dépression : - Oui - Non	22 (44 %) 28 (56 %)

Les cinquante salariés ayant répondu aux différents questionnaires étaient âgés en moyenne de 43 ans plus ou moins 9,1 ans, et se composaient de 21 femmes et 29 hommes. La durée de l'arrêt de travail était en moyenne de 293,6 plus ou moins 173,0 jours. La plupart d'entre eux étaient sur des poste non sédentaires (64 %) c'est-à-dire des postes comprenant des gestes répétitifs, des postures contraignantes, du piétinement, et/ou de la manutention

(exemple : un maçon), contre seulement 2 % de sédentaires (une employé de bureau et un professeur des collège) ; 32 % étaient sur des postes mixtes, c'est-à-dire des postes alternant des temps considérés comme non sédentaires et des temps considérés comme sédentaires (exemple : un veilleur de nuit qui alterne des phases de surveillance sur écran, et plusieurs rondes avec du piétinement, des escaliers à monter etc...). La majorité (80 %) était en contrat à durée indéterminé, 26 % étaient à leur poste depuis moins de 5 ans, 24 % depuis plus de 10 ans.

Concernant leur lombalgie : l'ancienneté de celle-ci était pour un tiers d'entre eux supérieur à 10 ans, un tiers entre 2 et 10 ans d'ancienneté, et plus récente (6mois à 2 ans d'ancienneté) pour le tiers restant. Douze patients étaient reconnus en accident du travail pour leur lombalgie et 6 en maladie professionnelle. Il existait un antécédent de chirurgie du rachis pour 11 d'entre eux, et un antécédent de dépression pour 22 d'entre eux.

2.2. Comparaison QRIT-f aux autres tests validés (tests de référence)

Le tableau 2 présente les différentes dimensions du QRIT comparées aux questionnaires validés de référence.

Les questionnaires de référence ont été utilisés pour évaluer plusieurs dimensions, et chaque dimension a été évaluée par un ou plusieurs questionnaires de référence. Par exemple l'intensité des symptômes ressentis (dimension identité du QRIT-f) est à la fois explorée par le questionnaire évaluant l'intensité de la douleur (EVA) et certaines questions évaluant les symptômes anxiol-dépréssif (HAD).

Tableau 2 : comparaison dimensions du QRIT-f aux questionnaires de référence

Dimensions du QRIT-f	Questionnaires validés
<u>Identité</u> : Perception des symptômes ressentis depuis la survenue de la lombalgie.	<u>EVA</u> : Echelle Visuelle Analogique <u>HAD</u> : Hospital Anxiety and Depression scale
<u>Causes</u> : croyances concernant les facteurs ayant déclenché la lombalgie ou ceux qui entretiennent la lombalgie.	<u>IMIQ</u> : Implicit Models of Illness Questionnaire <u>PBPI</u> : Pain Beliefs and Perception Inventory
<u>Durée aigüe/chronique</u> : croyances relatives à la durée anticipée de la lombalgie, soit plutôt de courte durée (aigue) ou plutôt de longue durée (chronique)	<u>PBPI</u> <u>IMIQ</u>
<u>Conséquences</u> : croyances concernant l'impact de la lombalgie sur la qualité de vie en général ou sur des aspects fonctionnels et sociaux de la vie quotidienne.	<u>IMIQ</u> <u>ODI</u> : Oswestry Disability Index <u>HAD</u> <u>FABQ</u> : Fear Advoice and Belief Questionnaire <u>DPQ</u> : Dallas Pain Questionnaire
<u>Control personnel</u> : croyances concernant le niveau de confiance de la personne en ses propres capacités à gérer sa lombalgie. (sentiment d'efficacité personnel à contrôler sa lombalgie).	<u>IMIQ</u> <u>PSEQ</u> <u>FABQ</u>
<u>Attente d'efficacité du traitement</u> : croyances concernant l'efficacité de la prise en charge pour améliorer ou contrôler la lombalgie.	<u>IMIQ</u>
<u>Cohérence</u> : croyance de la personne qui considère (ou non) avoir une compréhension logique et satisfaisante, selon elle, de sa lombalgie chronique.	<u>PBPI</u> <u>PCS</u> : Pain Catastrophizing Scale
<u>Evolution cyclique</u> : croyances reliées au caractère récurrent ou imprévisible de la lombalgie, incluant la perception que les symptômes fluctuent dans le temps.	<u>PBPI</u> <u>IMIQ</u>
<u>Représentation émotionnelle</u> : Emotion témoignant d'une détresse émotionnelle reliée à la lombalgie, telle une humeur dépressive ou anxieuse, de l'irritabilité ou de la peur.	<u>IMIQ</u> <u>PCS</u> <u>HAD</u> <u>FABQ</u>

2.3. Cohérence interne du QRIT-f (n=50)

La description des scores obtenus pour chaque dimensions du QRIT-f associée au coefficient α de Cronbach est présentée dans le tableau 3.

Le coefficient α de Cronbach calculé pour chaque dimension du QRIT-f indique une bonne cohérence interne pour toutes les dimensions. En effet, on considère une bonne cohérence interne à partir d'un taux supérieur à 0,7.

Le plus faible coefficient alpha retrouvé pour le QRIT-f était de 0,73 pour la dimension « cohérence » et le plus haut de 0,92 pour la dimension « représentation émotionnelle ».

Tableau 3 : cohérence interne pour chaque dimension du QRIT-f

<i>Variable</i>	<i>N</i>	<i>Nombre manquant</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart type</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>α Cronbach</i>
<i>Identité</i>	50	0	9,88	3,40	2	16	0,80
<i>Aigue/chronique</i>	50	0	23,32	4,89	11	31	0,76
<i>Conséquences</i>	50	0	29,36	7,33	10	44	0,88
<i>Contrôles personnel</i>	50	0	26,06	4,63	18	39	0,78
<i>Traitements</i>	50	0	27,04	4,17	16	35	0,75
<i>Cohérence</i>	50	0	21,36	4,65	12	33	0,73
<i>Durée cyclique</i>	50	0	13,74	3,75	4	20	0,77
<i>Représentation Emotionnelle</i>	50	0	27,1	8,00	10	40	0,92
<i>Causes</i>	50	0	52,06	12,99	28	90	0,86

2.4. Validité convergente du QRIT-f (n=50)

Le tableau 4 présente le modèle de régression retenu pour chacune des dimensions. Ces résultats indiquent que toutes les dimensions sont significativement associées aux résultats des questionnaires de référence ($p<0,01$ pour toutes les dimensions). L'importance de la convergence est mesurée par le R^2 ajusté; plus la valeur du R^2 ajusté est élevée plus la validité convergente est importante.

La dimension où le score obtenu a été le plus faible correspondait à la *durée cyclique* (R^2 ajusté= 0,12). La meilleure validité convergente était obtenue pour la dimension *représentation émotionnelle* (R^2 ajusté= 0,67)

Tableau 4 : Validité interne pour chaque dimension comparée aux questionnaires de référence

<u>Dimension</u>	<u>R2 ajusté</u>	<u>Variables incluses dans le modèle de régression final</u>
Identité	0,46**	Incapacité liée à la lombalgie (OSWESTRY)
Durée aiguë/chronique	0,39**	Age Douleur – Intensité (EVA) Peurs – Appréhension – Evitements (FABQ) Dramatisation face à la douleur (PCS_CF)
Conséquences	0,43**	Auto-efficacité envers la PEC de la douleur chronique (PSEQ)
Contrôle personnel	0,30**	Croyances et perceptions liées à la douleur (PBPI) Représentation de la maladie (IMIQ)
TraITEMENT	0,21**	Croyances et perceptions liées à la douleur (PBPI)
Cohérence	0,25**	Croyances et perceptions liées à la douleur (PBPI)
Durée cyclique	0,12**	Sexe
Représentation émotionnelle	0,67**	Douleur intensité (EVA) Auto-efficacité envers la PEC de la douleur chronique (PSEQ) Dramatisation face à la douleur (PCS_CF)
Causes	0,44**	Anxiété-dépression (HAD) Représentation de la maladie (IMIQ)

** p<0,01

DISCUSSION

Le but de l'étude était d'adapter le QRIT québécois à une population française, puis de valider cette version française afin qu'il puisse être utilisée comme outil d'aide à la prise en charge des salariés souffrant de lombalgie chronique avec incapacité de travail prolongée.

Les résultats du pré-test montrent une bonne compréhension du QRIT-f par la population cible. Les résultats de la validation du QRIT-f montrent une bonne cohérence interne et une bonne validité convergente avec les questionnaires de référence. Ces résultats sont superposables à l'étude princeps de validation du QRIT dans une population québécoise similaire [6, 7 ,8].

On peut noter comme faiblesse de notre étude la quantité importante de questionnaires (88 items pour le QRIT-f et les 7 autres questionnaires de référence) devant être complétés par les salariés lors de leur consultation. Cette quantité aurait pu entraîner une lassitude sur le remplissage avec de fausses réponses ou beaucoup de données manquantes. Néanmoins cette difficulté n'a pas empêché un très bon taux de réponses aux questionnaires grâce entre autre, à la vérification sur place des questionnaires, associée éventuellement à une explication complémentaire au salarié en cas de difficulté pour répondre à certaines questions. En cas de données manquantes malgré cette vérification, le salarié était rappelé à son domicile afin de compléter les réponses. Nous avons eu une bonne acceptabilité du QRIT-f et il n'y a pas eu de difficultés évidentes au remplissage du questionnaire.

Par ailleurs on peut noter une bonne puissance de l'étude correspondant au nombre prévu à priori ($n=50$).

Le QRIT-f pourrait donc être utilisé en pratique clinique par les médecins généralistes et spécialistes (médecin du travail, médecin rééducateur, rhumatologue...etc.) pour le dépistage des représentations chez les salariés ayant une lombalgie chronique avec incapacité de travail prolongée.

Il est reconnu que plus les arrêts de travail sont longs, plus l'appréhension à la reprise du travail est grande et peut être retardée par la « peur » [22]. Chez les travailleurs lombalgiques chroniques, ce phénomène peut être aggravé par les représentations qu'ils ont de leur lombalgie, et peut amener les salariés à des comportements de « peur-évitement et de fausses croyance » pouvant concerner le travail. [23]. D'autre part, lorsque la lombalgie commune est due à un accident de travail ou une maladie professionnelle, on constate que les arrêts sont plus longs que lorsqu'il n'y a pas de reconnaissance du caractère professionnelle. [25] Ce phénomène peut être en partie due aux bénéfices secondaires liés aux besoins de reconnaissance d'un travail pénible, mais aussi et souvent en pratique, du fait de la peur de la récidive sur le poste de travail.

Le QRIT-f permet ainsi de mieux identifier les représentations des salariés et de mieux les orienter dans une prise en charge pluridisciplinaire vers les sphères les plus appropriées (en fonction des scores aux dimensions). Les résultats pourront ainsi aider les praticiens à déconstruire les fausses croyances de manière cohérente et harmonieuse. Cette prise en charge permettra un retour à l'emploi plus rapide et dans de meilleures conditions qu'une simple prise en charge de rééducation à l'effort [24, 25, 26, 27]. En plus de participer à cette cohésion, le rôle du médecin du travail est important pour le retour à l'emploi de ces salariés lombalgiques notamment concernant le lien qu'il a avec l'employeur et son rôle de médiateur et d'accompagnement au retour au travail. En effet le médecin du travail va pouvoir participer à la réassurance du salarié, notamment en cas de composante anxieuse forte (représentation émotionnelle), par l'entretien individuelle mais aussi par la mise en place d'aide au retour à l'emploi (temps partiel thérapeutique, aménagement du poste, médiation...etc) et le suivi du salarié qui aura repris son poste.

Ainsi l'utilisation généralisée de l'outil pourrait aider à l'harmonisation du discours médical par les différents médecins consultés et donc favoriser une prise en charge plurifactorielle cohérente pour le salarié [20]. Cette prise en charge plus harmonieuse permettrait une meilleure observation des conseils, des traitements, et des orientations éventuelles (psychologue, centre anti douleur, rééducation physique...etc). Au final, cela permettrait pour les lombalgiques chroniques de sortir de la chronicité et un retour au travail plus rapide et dans de bonnes conditions.

Cette généralisation de l'utilisation du QRIT-f pourrait être facilitée en pratique clinique par la création d'une version plus courte du questionnaire comme le souligne également V.Albert [6].

CONCLUSION

Aborder l'incapacité au travail sous l'angle des représentations liées à la maladie permet de comprendre les comportements associés et d'améliorer la prise en charge.

L'évaluation des représentations est donc cruciale, mais la multiplication des outils de mesure n'est pas adaptée à la pratique clinique. Le QRIT-f pourrait permettre cette évaluation en un seul outil. Une version courte faciliterait son utilisation en pratique courante.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Presses Universitaires de France ; (1989).
- [2] Abric, J.C. Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses universitaires de France. (2016).
- [3] Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H, editors. The self-regulation of health and illness behaviour. London: Routledge; (2003). p. 42–65.
- [4] Roelandt JL, Caria A, Defromont L, et al. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *Encéphale* 2010 ; 36 :7–13.
- [5] Hoving JL, van der Meer M, Volkova AY, et al. Illness perceptions and work participation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* (2010); 83:595–605.
- [6] Albert V, Coutu M-F, Durand M-J. Adaptation d'un questionnaire visant à mesurer les représentations liées à l'incapacité de travail. *L'Encéphale* (2013) 39, 174–182.
- [7] Albert V, Coutu MF, Durand MJ. Internal consistency and construct validity of the Revised Illness Perception questionnaire adapted for work disability following a musculoskeletal disorder. *Disabil Rehabil.* (2013) Apr; 35(7):557-65.
- [8] Albert V, Adaptation et validation d'un questionnaire mesurant les representations liées à l'incapacité au travail auprès d'adultes présentant un trouble musculosquelettique. (2012) Université de Sherbrooke.
- [9] 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* 1993, 52(2):157–168.
- [10] Lawlis GF, Cuencas R, Selby D, McCoy CE. The development of the Dallas Pain Questionnaire. An assessment of the impact of spinal pain on behavior. *Spine* 1989, 14(5):511–516.

- [11] Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. Rev Rhum Engl Ed 1998, 65(2):126–134.
- [12] Ware JE, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P et al. The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol (1998), 51(11) :1159–1165.
- [13] Leplege A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. Estem Editions: Paris; (2001).
- [14] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand (1983), 67(6) :361–370
- [15] French DJ, Noël M, Vigneau F, French JA, Cyr CP, Evans RT. Echelle de dramatization face à la douleur PCS-CF: adaptation canadienne en langue française de l'échelle "pain catastrophizing Scale". Can J BEHAV sci. (2005) ; 37 :181-92
- [16] Vogler D, Paillex R, Norberg M, de Goumoëns P, Cabri J. Validation transculturelle de l'Oswestry disability index en français. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. Juin 2008 ; 51(5) :379 85.
- [17] Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. Eur J Pain. (2007) Feb; 11(2) :153-63.
- [18] Schiaffino KM, Cea CD. J Behav Med. Assessing chronic illness representations: the Implicit Models of Illness Questionnaire1995 Dec; 18(6):531-48.
- [19] L. Danya,b,* , P. Rousselc, S. Carayond, S. Bloisa,b, T. Apostolidis . Adaptation et validation française de l'inventaire de croyances et perceptions associées à la douleur The pain beliefs and perceptions inventory (PBPI). Pratiques psychologiques 15 (2009) 387–404.
- [20] Evaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique.

- [21] Christelle Nguyen, Serge Poiradeau, Michel Revel, Agathe Papelard. Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme 76 (2009) 537–542.
- [22] Johan W.S. Vlaeyena, *, b, Geert Crombez. La psychologie de la peur et de la douleur. Revue du Rhumatisme 76 (2009) 511–516.
- [23] Baril, R., Durand M.J., Coutu, M. F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., & Ngomo, S. TMS Les représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail. (2008).
- [24] A. Petit. Synthèse des recommandations pour la prise en charge de la lombalgie commune chez les adultes en âge de travailler. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement – (2018) Vol. 79 - N° 5 - p. 676-681.
- [25] Assurance maladies risques professionnels. Santé travail : enjeux & actions. Les lombalgies liées au travail : quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique; (2017)
- [26] Mairiaux P, Mazina D. Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail. Recommandations de bonnes pratiques. (2008) SPF emploi, travail et concertation sociale, Bruxelles, <http://www.emploi.belgique.be>
- [27] P. Mairiaux. Réinsertion du lombalgie chronique au travail — Influence des dimensions psychosociologiques du lien au travail et à l'entreprise. Douleur analg. (2011) 24: 18-22.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : synthèse du déroulement de l'étude 6

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée. AT-MP : lombalgie déclarée en accident du travail ou en maladie professionnelle.	7
Tableau 2 : comparaison dimensions du QRIT-f aux questionnaires de référence	10
Tableau 3 : cohérence interne pour chaque dimension du QRIT-f	11
Tableau 4 : Validité interne pour chaque dimension comparée aux questionnaires de référence	13

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	3
RÉSULTATS.....	7
1. Partie 1 : résultat de l'adaptation transculturelle du QRIT (prétest).....	7
2. Partie 2 : validation du QRIT-f	7
2.1. Caractéristiques de la population étudiée	7
2.2. Comparaison QRIT-f aux autres tests validés (tests de référence)	9
2.3. Cohérence interne du QRIT-f (n=50)	11
2.4. Validité convergente du QRIT-f (n=50)	12
DISCUSSION	14
CONCLUSION.....	17
BIBLIOGRAPHIE	18
LISTE DES FIGURES.....	21
LISTE DES TABLEAUX	22
TABLE DES MATIERES.....	23
ANNEXES.....	I
1. Questionnaire QRIT	I
2. Lettre d'information.....	VI
3. Comité éthique	VIII

ANNEXES

1. Questionnaire QRIT

Nom :

Dossier :

Date :

QUESTIONNAIRE SUR LA REPRÉSENTATION DE VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Dans le questionnaire suivant, nous nous intéressons à votre propre vision de votre condition actuelle, sans tenir compte des points de vue que les médecins ou votre famille pourraient vous avoir suggéré. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

SECTION 1 VOTRE VISION DE VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Vous trouverez ci-dessous une liste de symptômes que vous pouvez avoir ressenti ou non depuis la survenue de votre problème de santé. Pour chaque item, veuillez indiquer en cochant Oui ou Non, si vous avez ressenti ce symptôme depuis la survenue de votre problème de santé et si ce symptôme est en relation avec votre condition de santé actuelle.

		J'ai ressenti ce symptôme depuis la survenue de mon problème de santé	Ce symptôme est associé à ma condition de santé actuelle	
1.	Douleur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2.	Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3.	Gain de poids	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
4.	Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
5.	Raideur des articulations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
6.	Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
7.	Difficulté à dormir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8.	Vertiges	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
9.	Perte de force / faiblesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
10.	Altération de sensations physiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
11.	Diminution de capacité physique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
12.	Changement de l'humeur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
13.	Engourdissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14.	Difficulté de concentration / mémoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
15.	Manque d'endurance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
16.	Craintes / peurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Adapté de Al Anbar, Dardennes et Kaye (2005) <<http://www.uib.no/ipp/pdf/IPO-R-French.pdf>>

Albert, V. (2012) *Adaptation et validation d'un questionnaire mesurant les représentations liées à l'incapacité au travail auprès d'adultes présentant un trouble musculosquelettique*. Mémoire non publié, Université de Sherbrooke, QC, Canada.

SECTION 2 VOTRE POINT DE VUE SUR VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les items suivants relatifs à votre condition de santé actuelle en cochant la case appropriée.

Votre point de vue sur votre condition de santé actuelle	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Ma condition de santé actuelle ne va pas durer longtemps					
2. Ma condition de santé actuelle est susceptible d'être permanente plutôt que temporaire					
3. Ma condition de santé actuelle va durer longtemps					
4. Ma condition de santé actuelle va s'améliorer rapidement					
5. Je pense que j'aurai cette condition de santé pour le restant de ma vie					
6. Ma condition de santé actuelle va s'améliorer avec le temps					
7. Je n'ai aucune idée quand se terminera ma condition de santé actuelle					
8. Ma condition de santé actuelle est grave					
9. Ma condition de santé actuelle a des conséquences importantes sur ma vie					
10. Ma condition de santé actuelle n'a pas beaucoup d'effet sur ma vie					
11. Ma condition de santé actuelle affecte beaucoup la façon dont les autres me voient					
12. Ma condition de santé actuelle a des conséquences financières graves					
13. Ma condition de santé actuelle cause des difficultés à mes proches					
14. Ma condition de santé actuelle affecte la façon dont je me perçois					
15. Ma condition de santé actuelle me rend dépendant(e)					
16. Ma condition de santé actuelle affecte mes rôles sociaux (famille, travail, vie de couple)					
17. Il y a beaucoup de choses que je peux faire pour contrôler mes symptômes					
18. Ce que je fais peut déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma condition de santé actuelle					
19. L'évolution de ma condition de santé actuelle dépend de moi					
20. Rien de ce que je fais n'affectera ma condition de santé actuelle					
21. J'ai le pouvoir d'influencer ma condition de santé actuelle					
22. Mes actions n'auront aucun effet sur l'évolution de ma condition de santé actuelle					
23. Je n'ai aucune idée de ce que je dois faire pour contrôler ma condition de santé actuelle					
24. Je peux apprendre des moyens/stratégies pour améliorer ma condition de santé actuelle					

Votre point de vue sur votre condition de santé actuelle

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
25. Il y a peu de chose à faire pour améliorer ma condition de santé actuelle				
26. Mon traitement sera efficace pour guérir ma condition de santé actuelle				
27. Les effets négatifs de ma condition de santé actuelle peuvent être prévenus (évités) par mon traitement				
28. Mon traitement peut contrôler ma condition de santé actuelle				
29. Rien ne peut aider mon état				
30. L'effet de mon traitement sera influencé par ma façon d'y participer				
31. Mon traitement peut m'aider à retrouver une capacité malgré la persistance de mes symptômes				
32. Le traitement va diminuer la durée de ma condition de santé actuelle				
33. Les symptômes de mon état me laissent perplexe				
34. Ma condition de santé actuelle est un mystère pour moi				
35. Je ne comprends pas ma condition de santé actuelle				
36. Ma condition de santé actuelle n'a aucun sens pour moi				
37. J'ai une image nette ou une compréhension claire de ma condition de santé actuelle				
38. J'ai des informations contradictoires sur ma condition de santé actuelle				
39. Je ne comprends pas comment ma blessure peut être guérie et demeurer douloureuse				
40. Les symptômes de ma condition de santé actuelle changent beaucoup d'un jour à l'autre				
41. Mes symptômes vont et viennent par cycles				
42. Ma condition de santé actuelle est très imprévisible				
43. Je passe par des cycles au cours desquels les symptômes liés à ma condition de santé actuelle diminuent ou empirent				
44. Je déprime quand je pense à ma condition de santé actuelle				
45. Quand j'y pense, ma condition de santé actuelle m'inquiète				
46. Ma condition de santé actuelle me met en colère				
47. Ma condition de santé actuelle ne me gêne pas				
48. À cause de ma condition de santé actuelle, je suis anxieux				
49. Ma condition de santé actuelle me fait peur				
50. Je me sens puni(e) par la douleur				
51. Ma condition de santé actuelle est un stress significatif dans ma vie				
52. Ma condition de santé actuelle me fait sentir vieux (dépendant)				

SECTION 3 LES CAUSES DE VOTRE CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE

Voici une liste des causes qui peuvent avoir déclenché votre problème de santé initial ou encore qui peuvent avoir contribué à votre condition de santé actuelle. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord sur ces causes en cochant la case appropriée.

Causes possibles	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Stress ou ennuis					
2. Héréditaire - courant dans ma famille					
3. Régime ou habitudes alimentaires					
4. Hasard ou malchance					
5. Mauvais soins médicaux dans mon passé					
6. Mon propre comportement					
7. Mon attitude mentale (ex: avoir une vision négative de la vie)					
8. Problèmes de famille ou soucis causés par ma condition de santé actuelle					
9. Ma surcharge de travail					
10. Mon état émotionnel (ex: abattement, solitude, anxiété, vide)					
11. Vieillissement (usure)					
12. Consommation d'alcool					
13. Consommation de tabac					
14. Accident ou blessure					
15. Mon tempérament, mon caractère					
16. Condition physique antérieure					
17. Environnement de travail					
18. Fatalité / destin					
19. Négligence d'autrui					
20. Délai dans les soins de santé					

Sur les lignes ci-dessous, veuillez classer dans l'ordre les trois facteurs les plus importants (du plus important au moins important) qui d'après vous ont causé votre condition de santé actuelle. Vous pouvez utiliser n'importe lequel des éléments du tableau ci-dessus ou vous pouvez ajouter d'autres idées personnelles. Pour moi, les causes les plus importantes de ma condition de santé actuelle sont :

1. _____
2. _____
3. _____

Nom :

Dossier :

Date :

QUESTIONNAIRE SUR LA REPRÉSENTATION DE LA CONDITION DE SANTÉ ACTUELLE (CSA)

Dimension		Items	Cotation et Interprétation					
SECTION 1	Identité	1 à 16	1 point est attribué pour chaque symptôme coché « oui » dans la 2 ^e colonne (<i>Ce symptôme est associé à ma CSA</i>) Score total entre 0 et 16 <i>Un score plus élevé indique un nombre plus important de symptômes rapportés en lien avec la CSA.</i>					
	TOTAL :	<input type="text"/>						
SECTION 2								
			1=pas du tout d'accord; 2=pas d'accord; 3=ni d'accord, ni pas d'accord; 4=d'accord; 5=tout à fait d'accord Exceptions : La cotation est inversée (1=5, 2=4, 4=2, 5=1) pour les items suivis d'un astérisque (*).					
SECTION 2	Durée aiguë/ chronique	1*, 2, 3, 4*, 5, 6*, 7	Score total entre 7 et 35 Bases du score total	7 Pas du tout...	14 Pas d'accord	21 Ni...	28 D'accord	35 Tout à fait...
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique des croyances plus négatives concernant la durée de la CSA, soit une durée plutôt chronique.</i>					
	Conséquences	8, 9, 10*, 11, 12, 13, 14, 15, 16	Score total entre 9 et 45	9	18	27	36	45
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique des croyances plus négatives concernant les conséquences reliées à la CSA, soit des conséquences plus importantes sur le fonctionnement du travailleur.</i>					
	Contrôle personnel	17, 18, 19, 20*, 21, 22*, 23*, 24	Score total entre 8 et 40	8	16	24	32	40
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique des croyances plus positives concernant le contrôle personnel que le travailleur peut exercer sur sa CSA, soit un meilleur sentiment d'efficacité personnelle à contrôler la CSA.</i>					
	Attentes d'efficacité du traitement	25*, 26, 27, 28, 29*, 30, 31, 32	Score total entre 8 et 40	8	16	24	32	40
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique des croyances plus positives concernant les attentes d'efficacité du traitement, soit que le traitement sera efficace pour améliorer la CSA et/ou contrôler les symptômes qui y sont associés.</i>					
	Cohérence	33*, 34*, 35*, 36*, 37, 38*, 39*	Score total entre 7 et 35	7	14	21	28	35
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique des croyances plus positives concernant la cohérence de la représentation, soit la croyance que la CSA a plus de sens aux yeux du travailleur, qu'elle est plus prévisible, logique.</i>					
SECTION 3	Durée cyclique	40, 41, 42, 43	Score total entre 4 et 20	4	8	12	16	20
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique des croyances plus négatives concernant l'aspect cyclique de la CSA.</i>					
	Représentation émotionnelle	44, 45, 46, 47*, 48, 49, 50, 51, 52	Score total entre 9 et 45	9	18	27	36	45
	TOTAL :	<input type="text"/>	<i>Un score plus élevé indique la présence d'émotions plus négatives reliées à la CSA.</i>					
	Causes	1 à 20	Un score total n'est pas calculé puisque la dimension Causes n'est pas une échelle à proprement dit. <i>Cette dimension informe l'évaluateur quant aux facteurs perçus par le travailleur pouvant soit avoir déclenché le problème de santé initial, soit entretenir la CSA.</i>					

Signature de l'intervenant :

2. Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude concernant **un questionnaire sur les représentations liées à l'incapacité au travail chez les personnes souffrant de lombalgie chronique.**

Ce document vous explique le projet de recherche, les procédures de ce travail et votre implication dans ce dernier. Nous vous invitons à prendre le temps de le lire et à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

La lombalgie chronique est un problème majeur de santé publique et de santé au travail, notamment du fait de l'incapacité au travail qu'elle génère. Or, il est maintenant bien admis qu'en présence de douleur persistante, la perception de l'incapacité au travail reliée à la douleur est un élément majeur qui influence la durée de l'arrêt de travail. Autrement dit, la manière dont le travailleur comprend son problème (représentations) influence ses stratégies d'adaptations et par conséquent son retour au travail, à la suite d'un arrêt de travail prolongé pour lombalgie. Actuellement, il n'existe aucun outil de mesure des représentations qui soit adapté et validé à une population de travailleur français en incapacité prolongée au travail due à la lombalgie.

Cette étude est mise en place par le médecin coordonnateur de la consultation Lombaction à laquelle vous avez été adressé(e) par votre médecin traitant, votre médecin du travail ou votre rhumatologue.

L'objectif de cette étude est l'adaptation d'un questionnaire québécois, le Questionnaire des Représentations liées à l'Incapacité au Travail (QRIT), évaluant les représentations de l'incapacité au travail après un arrêt de travail prolongé pour lombalgie, chez les travailleurs français.

Cette étude ne modifie pas votre prise en charge.

Selon que vous êtes inclus dans la première ou la seconde phase de l'étude, votre participation consiste à :

Phase 1 de l'étude : accepter d'évaluer la clarté des items d'un questionnaire sur les représentations liées à l'incapacité au travail chez les personnes souffrant de lombalgie chronique, en donnant votre avis sur la clarté (facilité de compréhension) des items proposés selon une échelle à 7 niveaux (1= pas clair ; 7=tout à fait clair).

Phase 2 de l'étude : accepter de répondre à des questionnaires sur les représentations liées à l'incapacité au travail chez les personnes souffrant de lombalgie chronique.

Votre participation est libre et volontaire

Si vous refusez de participer cela n'aura aucun effet sur vos relations avec votre médecin, ni sur la qualité de votre traitement. De même, vos relations avec l'équipe soignante ne seront aucunement modifiées quelle que soit votre décision.

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude et vous opposer au traitement des données vous concernant sans justification et sans que votre prise en charge médicale n'en soit modifiée.

Si vous choisissez de ne pas participer à cette étude, nous vous remercions de bien vouloir informer le Dr Audrey PETIT qui le spécifiera dans votre dossier médical. Les données de votre dossier ne pourront être consultées.

Quelle que soit votre décision, les données recueillies restent strictement confidentielles. Vos noms, prénoms et coordonnées sont transmis uniquement à l'investigateur de l'étude. Les informations des patients qui ne s'y opposent pas, sont collectées et traitées de manière anonyme puis analysées par informatique. Elles sont transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente recherche a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL en application des articles 40-1 et suivants de la loi "Informatique & Libertés" du 6 janvier 1978 et conformément à cette loi, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de retrait et de rectification aux données qui vous concernent pendant toute la durée de l'étude.

Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir communication des informations vous concernant, ou pour toute autre demande vous pouvez vous adresser au Dr Audrey PETIT, CHU Angers - Réseau Lombaction, 4 rue Larrey 49933 Angers cedex 9 – tel : 02.41.35.49.81- fax : 02.41.35.34.48 - aupetit@chu-angers.fr.

Ce projet a été soumis au Comité d'Ethique du CHU d'Angers le **14/09/2016** et n'a pas soulevé d'opposition éthique à sa mise en œuvre.

Les données enregistrées sur votre dossier seront utilisées uniquement pour les publications scientifiques qui découleront de cette étude.

Si vous le souhaitez, les résultats pourront vous être communiqués.

Merci de votre attention.

3. Comité éthique



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 14 septembre 2016

Dr Aurore Armand

A Mme le Dr Audrey Petit

Département de Médecine d'Urgence
auarmand@chu-angers.fr

Chère Collègue,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné votre étude « *Adaptation et validation transculturelle d'un questionnaire visant à mesurer les représentations liées à l'incapacité au travail auprès des travailleurs lombalgiques chroniques.* » enregistrée sous le numéro 2016/82 .

Après lecture des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Madame en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

RÉSUMÉ

MONTOYA Emilie

Adaptation et validation transculturelle d'un questionnaire visant à évaluer les représentations liées à l'incapacité au travail chez des patients lombalgiques chroniques

Introduction : La lombalgie chronique est un enjeu majeur de santé au travail du fait de l'incapacité qu'elle génère. Les représentations liées à la lombalgie (pensées, idées, croyances...) sont construites par le patient pour lui donner un sens et influencent son adaptation et le contrôle du problème. Lors d'un arrêt de travail prolongé, ces représentations influencent les stratégies d'adaptation et le retour au travail. Or, il n'existe pas d'outil français adapté et validé pour les mesurer. L'objectif de cette étude était d'adapter et de valider une version française du Questionnaire québécois des Représentations liées à l'Incapacité au Travail (QRIT).

Matériel et méthodes : Étude prospective, monocentrique, non randomisée, menée au Centre de consultations de pathologie professionnelle du CHU d'Angers, auprès de travailleurs lombalgiques chroniques, âgés de 18 à 60 ans et en arrêt de travail depuis au moins 3 mois du fait de la lombalgie ($n = 50$). Une version française du QRIT (QRIT-f) a été élaborée par un groupe d'experts et validée par un pré-test auprès d'un échantillon de patients ($n = 15$). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 88 items, cotés sur une échelle de Likert à 5 niveaux (1 = pas du tout d'accord ; 5 = tout à fait d'accord), explorant les 9 dimensions des représentations liées à la lombalgie (identité, durée aiguë/chronique, conséquences, contrôle personnel, attentes d'efficacité du traitement, durée cyclique, cohérence, représentation émotionnelle et causes). Pour chaque dimension du QRIT-f, la cohérence interne a été évaluée par calculs du coefficient alpha de Cronbach et la validité convergente, par calculs du coefficient de Pearson avec des outils fiables et validés en français évaluant des concepts similaires à l'une ou plusieurs dimensions du QRIT-f.

Résultats : Les scores de α Cronbach obtenus pour chaque dimension (de 0.73 à 0.92) révèlent une bonne cohérence interne pour le QRIT-f. Le modèle de régression final est performant pour chaque dimension du QRIT-f ($p < 0.01$) avec une bonne validité convergente (r^2 ajusté= 0.12-0.67).

Conclusion : Le QRIT-f pourrait permettre l'évaluation de l'ensemble des dimensions des représentations de l'incapacité au travail liée à la lombalgie en un seul outil.

Mots-clés :

Représentations, Incapacité au travail, Lombalgie chronique

Transcultural adaptation and validation of a test aimed at assessing representations linked to work incapacities in patients suffering from chronic low back pain

ABSTRACT

Introduction: Chronic low back pain is a major occupational health issue because of the incapacities it leads to. Representations (thoughts and beliefs) linked to low back pain are built by the patient to give it a sense, which impacts its adaptation and return to activity. In case of a prolonged sick leave, these representations have an influence on adaptation strategies and return to activity. However, no suitable and validated french tool exists to measure them. The goal of this study is to adapt and validate a french version of the "Questionnaire québécois des représentations liées à l'incapacité au travail" (Quebec Test for representations linked to work incapacity - QRIT).

Tools and Methods: Monocentric, non-randomized prospective study, carried on at the professional pathology consultation center of the CHU of Angers, with workers suffering from chronic low back pain, aged 18 to 60, and in sick leave since at least six month because of it ($n = 50$). A french version of the QRIT (QRIT-f) has been prepared by a group of experts and validated through a pre-test on a sample of patients ($n=15$). This constitutes a self-quiz of 88 items graded on a 5 levels Likert scale (1=Completely disagree; 5=Completely agree), exploring the nine dimensions of the representations linked to low back pain (identity, acute/chronic duration, consequences, self-control, treatment efficiency expectations, cyclic duration, coherence, emotional representation, and causes). For each dimension of the QRIT-f, internal coherence has been evaluated through the computation of Cronbach's alpha coefficient, and converging validity through Pearson coefficient. This was done using reliable and validated french tools assessing concepts similar to one or multiple dimensions of the QRIT-f.

Results: Cronbach alpha scores obtained for each dimension (from 0.73 up to 0.92) reveals a good internal coherence for QRIT-f. The final regression model performs with a good converging validity for each QRIT-f dimension (adjusted $r^2=0.12 - 0.67$).

Conclusion: QRIT-f could allow to assess all the dimensions of representations of the work incapacities linked to low back pain using a single tool.

Keywords :

Representations, Work Incapacity, Low Back Pain