

2020-2021

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Etat des lieux des arrêts de travail dans le cadre des lombalgies communes

AMICE Paul ■

Né le 30/07/1990 à Saint Sébastien sur Loire

LE CACHER DE BONNEVILLE Augustin ■

Né le 17/11/1989 à Rouen

Sous la direction de M BEGUE Cyril ■

Membres du jury

Madame le Professeur PETIT Audrey | Président

Monsieur le Docteur BEGUE Cyril | Directeur

Madame le Docteur SARRAF Nathalie | Membre

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Membre

Soutenue publiquement le :
09/04/2021



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Amice Paul
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 **09/04/2021**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Le Cachet de Bonneville
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 **09/04/2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	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	Gastroentérologie ; 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
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
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
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-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
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	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
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
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	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	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	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

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Audrey PETIT,
Vous nous faites l'honneur de présider le jury, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Cyril BEGUE,
Pour la confiance que tu nous as accordée en nous proposant ce sujet et pour avoir accepté de diriger cette thèse.
Nous vous remercions d'avoir partagé cette épreuve avec nous. Merci pour ta disponibilité, tes conseils avisés et pour les longues heures consacrées à relire et corriger ce travail.

A Monsieur le Professeur CONAN,
Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et sentiments respectueux.

A Madame le Docteur SARRAF,
Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A madame le Docteur TOUZARD,
Merci pour votre soutien et votre prévenance aux balbutiements de notre vie de médecins.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Paul

Bon vous connaissez tous ma grande capacité d'expression des sentiments hein...

A ma famille,

Merci pour le soutien, toutes ces longues années d'études... Je ne pense pas pouvoir résumer ici ce que cela représente...

Merci à ma maman d'avoir été si présente et soutenante, et de l'être toujours aujourd'hui.

Merci à mon papa qui, je l'espère, veille toujours sur nous.

Merci à mon frère, j'espère que tu seras tirer des leçons du passé, et surmonter les épreuves de la vie qui vous attendent toi et ton jeune fils.

Merci à ma sœur, surtout garde ton cœur sur la main et ta persévérance, et rien ne pourra t'arrêter (si seulement on pouvait ajouter quelques gouttes de tempérance) !

A ma chérie,

Même si je ne t'appelle clairement jamais comme cela... Merci d'être là et d'exister ! Car il y a des jours où je me demande si je le mérite bien ...

A Augu,

Pour tout le chemin parcouru depuis la gériatrie, à ces tournois de tennis où l'on aurait mieux fait de participer avec Antoine... A cette thèse qui a été une sacrée épreuve... En te souhaitant le meilleur pour la suite de l'aventure !

A mon chat,

Si seulement tu pouvais lire...

A ma belle-famille,

Merci pour tout, et surtout de m'avoir permis d'entretenir le feu pour que la maison passe la barre des 16° l'hiver...

A mes amis d'enfance,

A commencer par Titi et Myré, merci pour ses nombreuses années de vadrouille et à me supporter malgré mes maintes "absences de réponse téléphonique", en espérant qu'il y en aura bien d'autres (pas les absences hein!).

Merci à Luc d'avoir été un partenaire de jeu, comme dans la vie (cette phrase est extrêmement bizarre, même pour moi...).

Merci à Amandine de ne jamais être d'accord avec moi...

Merci à Erwan d'avoir une boucle d'oreille à gauche mais d'affirmer être hétérosexuel.

Merci à Sophie de maintenant aimer la vie !

Merci à Vincent de me faire craindre les débats de fin de soirée...

Merci à Charlène de m'avoir permis de m'y connaître en règle de succession mais de toujours rien y comprendre...

Merci à Martin et Sarah de prévoir un voyage de 2 ans qui débute au confinement...

Et merci à tous d'avoir et d'être encore là pour le meilleur, et surtout pour le pire ! Bisous !

A mes amis de la fac de Nantes,

Alors là il va falloir faire le tri entre les vrais et les pièces rapportées !

Merci à Lena d'être, eh bien... Toi ! Malgré toutes les difficultés que tu as rencontrées... et de t'en être si bien sorti ! Merci à Emmanuel, et ce même avec ton souci... sisi tu sais...

Merci à Clémence et Olivier, car vous avez une super boulangerie tout de même et que j'aime bien les villes en pierre !

Merci à Valentine de mourir si aisément à Among us et de travailler pour l'ECN en passant plus de temps à manger que de bosser... Merci à Benoit de dabber aussi bien !

Merci à Mathilde d'avoir regardé le bachelor avec moi car seul, ça aurait été trop triste...

Et à tous ceux que j'oublie bien sûr ! Des bisous.

REMERCIEMENTS

A mes amis, anciens internes d'Angers,

Merci à ma collègue Claire, tout est dit.

Merci à Steph, très heureux d'avoir pu être colocataire avec toi, heureusement que tu étais la ... (en y pensant, je le suis toujours un peu...)

Merci à Camille, car avant d'être une femme enceinte, tu es d'abord une personne avec des épaule de nageuse !

Merci à Augustin le seul normand/andalousien avec des origines probablement scandinaves que je connaisse, qui pense que Kastelbriant n'est pas en Bretagne. Merci à Marine de comprendre à quel point le débat sur la Bretagne est important et de peindre les figurines de scythe pour moi ! (Merci d'avance !)

Merci à Julien, grand débateur de fin de soirée ! Merci d'avoir organisé tes 30 ans avec tant de brio, ce qui m'a permis de rencontrer ma belle-famille ! (J'espère que la mienne t'a plu)

Merci à Sophie, future organisatrice de mon mariage qui s'ignore ! Et le Stéphane Plaza de ma future maison !

Merci à Kevinou, je t'aime fort même si je ne suis pas quelqu'un de "gentil"

Merci au Dr BRY, pour ce voyage en Europe, pour notre passion commune pour jdg et les dauphins.

Merci à Jeanne pour sa plante qui règne sur mon appartement et qui refuse de mourir !

Merci à Justine de balancer du rosé sur moi lors de grandes occasions !

Merci à Thibault de ne pas m'avoir invité à sa thèse !

Merci à numéro 2, je sais tu n'es pas interne, mais ça compte tout de même. ps: je n'aime pas particulièrement les elfes...

Merci à Inès, je suis super content pour toi et que tout aille bien dans ta vie ! (vraiment)

Merci à Fanny, car ton mariage était franchement ouf, mais je regrette parfois mes 2 vertèbres...

Merci à Laure Maral, d'avoir su tenir compte de l'importance qu'avait le ménage pour moi.

Merci à Clara, car grâce à toi j'ai changé d'avis sur les personnes âgées !

Merci à Grégoire et Margareth (la dame de fer), car en plus d'être inséparable, vous êtes novateur sur les jeux de société et ça j'apprécie !

Et merci à tous ceux que j'oublie et qui le prendront mal ! Bisous

A mes collègues de travail,

Merci de m'avoir laissé le temps de bosser et de supporter le "quand j'aurais passé ma thèse".

Merci tout particulièrement à Lise "d'avoir 2 enfants"

REMERCIEMENTS

Remerciements d'Augustin .

A ma chère épouse Fanny que j'aime tant et qui m'a tant soutenu.

A mon fils Hugues , qui m'a fait grandir.

A mes chers parents qui m'ont toujours soutenu à la juste mesure de ce dont j'avais besoin, à qui j'ai causé tant de sueurs froides durant mes études supérieures.(mais maman personne ne redouble sa P2 enfin) .

A mes frères Arthur et Briec, que j'aime profondément.

A ma chère filleule Madou qui est un petit rayon de soleil.

A mon cher Paul, futur Dr Popol je l'espère, avec qui nous avons passé de longues heures à réfléchir et tourner des phrases intelligibles afin de rendre cette thèse lisible. Beaucoup de chemin parcouru depuis notre rencontre dans le bureau des internes exigü du service de gériatrie de mme Touzard, à Laval, si haute en couleurs.

A mes chers amis et amies rencontrés à Laval avec qui nous avons partagé tant de bon moments.

A mon cher Quentin, c'est bieng.

SSE, Soso, Jeanne Ped, Cam bvrs , Julien et Marceline, Claire, Gwen c'est plus pratique et son Pierre.

Laure et Gaël, qui nous ont toujours été d'un grand secours et de très bon amis.

La team gyneco, GabY, la Julia, Beubeu et Mère planteur.

La Belle équipe de pédiatrie , Momo, Popo, YoGI, Djedje avec toute mon affection.

Ce merveilleux collectif des urgences du Mans, ma chère Esmamour et son King Taus.

A tous mes amis que j'ai rencontré durant mon externat avec qui nous avons partagé de si nombreuses heures de nos vies.

Et que faites vous des très vieux amis?

A mes très chers Jules, Gagouno, Matthieu, Damien et Edouard ces vrais furieux.

A ma très chère Toto , qui a su me supporter durant nos 4 années de colocation ce qui est absolument héroïque.

A mes copains rouennais que j'ai suivi à Angers à l'aveugle, Loulou, Cece, Tété et Lenou, Beubeu et Mag, Benidour et Cécile. Bien vu les gars.

A vous dr Joubert, qui m'avez accueilli comme un membre de votre famille.

A mes Oncles Renaud, Louis et ma tante Chantal, les médecins de la famille, ainsi que mon cher Grand Papa.

et enfin ma très précieuse Mimi, qui veille si bien sur tous ses petits et arrières petits enfants.

LISTE DES ABREVIATIONS

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. **Stratégie de recherche :**
2. **Sélection des études :**
3. **Analyse des données**

RÉSULTATS

1. **Sélection des références :**
2. **Évaluation du degré d'accord entre les lecteurs :**
3. **Description et scores des études :**
4. **Les facteurs d'initiation d'arrêt de travail pour lombalgie.**
 - 4.1. Liés à l'épisode douloureux actuel
 - 4.2. Liés à l'état de santé de l'employé
 - 4.3. Liés aux facteurs psychosociaux
 - 4.4. Liés au travail de l'employé
5. **Les facteurs relatifs à la durée de l'arrêt de travail dans les lombalgies**
 - 5.1. Liés à l'épisode douloureux actuel
 - 5.2. Liés à l'état de santé
 - 5.3. Psychosociaux
 - 5.4. Liés au travail
6. **Effet de différents types d'interventions sur les arrêts de travail dans les lombalgies**
 - 6.1. Intérêt des interventions multidisciplinaires sur le retour au travail dans les lombalgies chroniques.
 - 6.2. La rééducation fonctionnelle
 - 6.3. Les conseils médicaux
 - 6.4. Intervention ergonomique
 - 6.5. Le coût des arrêts de travail
 - 6.6. L'arrêt de travail

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. **Principaux résultats**
2. **Points forts de l'étude**
3. **Risque de biais**
4. **Pays de provenance des études et systèmes d'indemnisation des arrêts de travail**
5. **Le coût des interventions multidisciplinaires versus les interventions simples dans les lombalgies**
6. **Le rôle des Fear avoidance Belief et l'activité physique.**

- 7. Les liens psychosociaux
- 8. Perspectives
- 9. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Etat des lieux des arrêts de travail dans le cadre des lombalgies communes

Auteurs : AMICE Paul et LE CACHER DE BONNEVILLE Augustin, travail réparti en parts égales.

RESUME

Introduction :

Les lombalgies représentent en France 30% des arrêts de plus de 6 mois et sont la 3ème cause d'invalidité pour le régime général. Elles provoquaient un coût direct en 2015 de plus d'un milliard d'euros (source) en France. Objectif : Réaliser un état des lieux des connaissances établissant un lien entre les lombalgies et les arrêts de travail.

Méthode :

Revue de littérature systématique narrative, selon la méthode PRISMA-P par deux lecteurs, accompagnée d'une évaluation de la qualité des études retenues.

Résultats :

368 études furent retenues par l'équation de recherche. 113 après la lecture des titres et résumés et enfin 67 après lecture du texte intégral. Nous avons obtenu de nombreux facteurs concernant l'initiation d'un arrêt de travail pour lombalgie, d'autres jouant sur la durée d'un arrêt pour lombalgie. Également, nous retrouvâmes de nombreuses études sur les différentes stratégies de prise en charge des patients en arrêt pour lombalgie et leur évaluation.

Conclusion :

Les "fear avoidance belief", la dépression et plus largement les problématiques psychosociales se distinguaient négativement tant sur l'initiation que la durée d'un arrêt de travail. Des facteurs comme la pratique d'une activité physique ou l'adaptabilité du poste étaient quant à eux protecteurs d'arrêt et en diminuaient la durée. Concernant les différentes stratégies de prise en charge, les prises en charge multidisciplinaires ne semblaient pas adaptées pour tous les patients et, même si elles sont efficaces pour réduire la durée des arrêts pour lombalgies, les stratégies courtes avec peu d'intervenants étaient au moins aussi efficaces à moindre coût.

INTRODUCTION

Les lombalgies communes sont un motif de consultation fréquent en médecine générale. En effet, 93 % des Français déclarent en avoir déjà souffert (1).

La lombalgie représente en France 30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois et constitue la 3ème cause d'admission en invalidité pour le régime général. Elle constitue également un motif fréquent d'accident de travail : 167 000 accidents de travail en 2015 ont pour motif une lombalgie, soit près de 20 % du nombre total des accidents du travail (25 % si on considère les arrêts de travail). En 2015, cette pathologie représente également près de 15 % des accidents de trajet et 7 % du total des maladies professionnelles reconnues (2).

En Europe, 84% de la population présente un épisode de lombalgie commune dans sa vie (3). On évalue à 12,2 millions le nombre de journées de travail perdues en raison d'une lombalgie, soit 57 000 emplois à temps plein. Ceci engendre un coût direct de plus d'un milliard d'euros, soit l'équivalent du coût des autres troubles musculosquelettiques. Il se décompose de la façon suivante : 120 millions d'euros pour la prise en charge des soins, 580 millions d'euros pour les indemnités journalières, et 300 à 350 millions d'euros pour les séquelles (4).

En outre, les médecins généralistes sont les principaux concernés par ce motif de consultation. Selon une étude de 2010 (5), 77% des consultations pour motif de lombalgie étaient chez un médecin généraliste.

Il n'existait pas de compilation récente concernant les arrêts de travail dans le cadre des lombalgies.

L'objectif de cette étude est de réaliser une revue de littérature afin de dresser un état des lieux des connaissances concernant les arrêts de travail dans le cadre des lombalgies communes.

MÉTHODES

1. Stratégie de recherche :

Revue de littérature systématique selon la méthode Prisma-P :

Le but était l'inventaire des connaissances actuelles concernant les arrêts de travail dans le cadre des lombalgies communes. Les critères d'identification des données étaient basés sur l'utilisation de mots-clés de type MESH (« low-back pain » AND « sick leave »). L'équation de recherche fut entrée dans Pubmed. L'équation utilisée dans PubMed était limitée aux titres et résumés, ainsi qu'aux langues anglaise et française.

La gestion des sources et des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel ZOTERO.

2. Sélection des études :

Après avoir exclu les doublons, une première sélection était faite, à la lecture des titres et des résumés, selon les critères d'inclusion suivant : études médicales, psychologiques ou sociales, qualitatives ou quantitatives, observationnelles ou interventionnelles dans lesquelles la question de l'arrêt de travail pour lombalgie était centrale. Étaient exclus les articles rédigés dans une autre langue que le français ou l'anglais ou non basés sur une étude et les études datées de plus de 20 ans (janvier 2020). Une seconde sélection basée sur la présence des notions "d'arrêt de travail" et "lombalgie commune" dans les critères principaux a été faite à la lecture du texte intégral. Nous avons collecté les données des études grâce à un formulaire d'extraction selon les critères suivants : titre, auteur, année de l'étude, année de publication, région/pays, type d'étude, objectif, méthode, principaux résultats et score de l'étude. La sélection des études et l'extraction des données furent réalisées par deux chercheurs, de manière indépendante. En cas de divergence initiale, les articles concernés faisaient l'objet d'une discussion entre les deux lecteurs afin d'obtenir un consensus. En cas d'impossibilité à

trouver un consensus, un troisième chercheur était sollicité. Ce recueil s'est effectué du mois de janvier 2020 à juillet 2020.

3. Analyse des données

Le degré de qualité de chaque étude retenue après lecture intégrale était évalué grâce à différentes échelles : les lignes directrices COREQ pour les recherches qualitatives, les critères du groupe EPOC pour les essais contrôlés, les critères STROBE pour les études descriptives et les critères PRISMA-P pour les revues de littérature. Afin de pouvoir comparer aisément la qualité des différentes études, nous avons créé un score sous forme de pourcentage : nombre de critères présents divisés par le nombre de critères totaux de l'échelle appropriée, multiplié par 100. Aucune référence ne fut exclue, l'objectif de l'étude étant d'être exhaustive. Nous synthétisâmes les résultats sous forme d'analyse thématique narrative. De plus, nous avons calculé le kappa de Cohen sur la sélection sur titre et résumé et à la lecture intégrale, afin d'établir un score de "concordance" des lecteurs.

Revue de littérature systématique selon la méthode Prisma-P :

Le but était l'inventaire des connaissances actuelles concernant les arrêts de travail dans le cadre des lombalgies communes.

Les critères d'identification des données étaient basés sur l'utilisation de mots-clés de type MESH (« low-back pain » AND « sick leave »). L'équation de recherche fut entrée dans Pubmed. L'équation utilisée dans PubMed était limitée aux titres et résumés, ainsi qu'aux langues anglaise et française.

La gestion des sources et des références bibliographiques a été effectuée grâce au logiciel ZOTERO.

RÉSULTATS

1. Sélection des références :

La sélection effectuée est résumée dans le diagramme de flux (figure 1). L'équation de recherche dans PubMed a retrouvé 368 articles. Lors de la sélection sur titre et résumé, nous avons retenu 108 articles pour lecture intégrale, après exclusions des doublons et des textes ne traitant pas la notion d'arrêt de travail et lombalgie commune de façon centrale. Pour finir, 67 articles ont été retenus pour la synthèse quantitative.

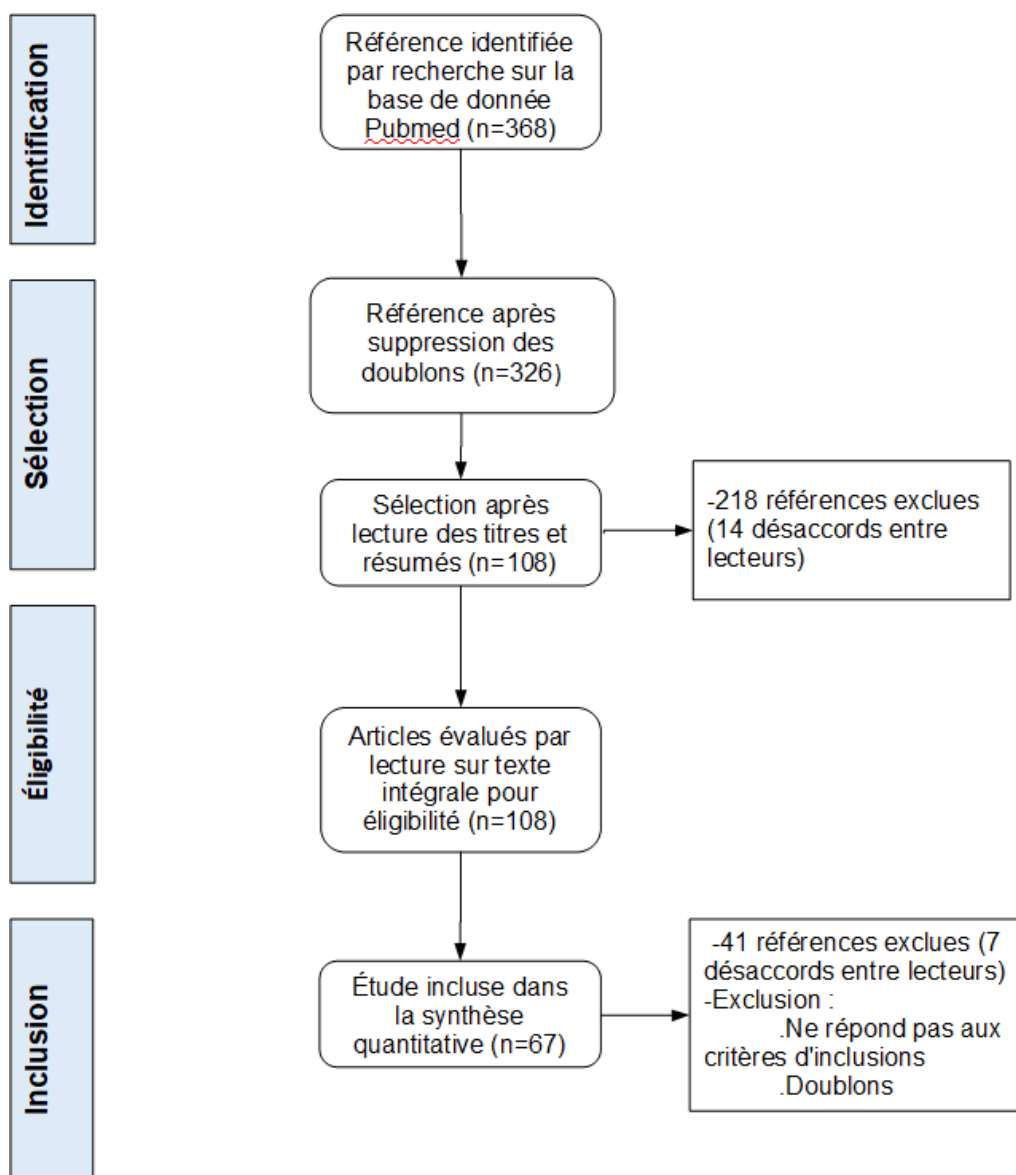


Figure 1: Diagramme de flux

2. Évaluation du degré d'accord entre les lecteurs :

Le calcul du coefficient Kappa de Cohen a été réalisé afin d'évaluer la concordance entre les deux lecteurs concernant la sélection des études. Après la lecture des titres et résumés, le Kappa est à $K=0,907$.

Ainsi, l'accord entre les deux lecteurs a été considéré comme "Accord presque parfait"

Après, lecture en texte intégral, le Kappa est à 0,858, l'accord entre les deux lecteurs a été considéré comme "Accord presque parfait". (Annexe 1)

3. Description et scores des études :

L'analyse thématique des 67 articles retenus fait ressortir plusieurs grands thèmes. Les facteurs influant l'initiation ou la durée des arrêts de travail dans le cadre des lombalgies. Ainsi que, les différentes stratégies interventionnelles concernant les patients en arrêt de travail pour lombalgie commune. Ils sont compilés dans plusieurs tableaux.

Tableau I : études descriptives

Numéro	Auteur	Date-Pays	Méthode et Population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (critère Strobe)
6	Anema	2004/5 pays occidentaux	2825 patients arrêt >3 mois (questionnaire)	Étudier des interventions ergonomiques	-Un aménagement du poste de travail réduit la durée et le nombre d'arrêt de travail sur le long terme -Résultat significatif avec un intervalle de confiance de (1,24-1,69)	91,00%
7	Anema	2002/ Pays-Bas	1058 patients arrêt >3 mois pour lombalgie (questionnaire)	Obstacle retour au travail et difficulté de communication entre professionnel de santé	-Selon MT, 43% des cas : Les prises en charge par kinésithérapeute/spécialiste prolongerait l'absentéisme+ manque de communication entre professionnel de santé. -1ère cause de non-retour au travail.	58,00%
8	Beaudreuil	2010/ Paris	39 patients en arrêt>3 mois pour lombalgie (questionnaire+retour travail)	Retour au travail après intervention fonctionnelle	-59% de retour au travail à 3 et 6 mois -64% retour au travail à 1 ans	58,00%
9	Bogefeldt	2007/Suède	160 patients souffrant de lombalgie >3 mois. 4 groupes avec différentes interventions thérapeutiques et fonctionnelles. Évaluation délai retour au travail.	Évaluation de thérapie manuel et d'injection de corticoïde sur la stratégie du « rester actif »	-La thérapie manuel réduit la durée des arrêts de travail vis à vis du groupe contrôle -Pas de résultat significatif pour le groupe avec injection de corticoïde	76,00%
10	Bontoux	2008/France (Pays de la Loire)	87 patients lombalgie chronique. Suivi post programme de reconditionnement à l'effort	Évaluation de la présence au travail et de la diminution des arrêts de travail	-Réduction significative de la durée des arrêts de travail	73,00%
11	Bosman	2018/Pays-Bas	22648 travailleurs manuel (questionnaire)	Développer un modèle de prédiction afin d'identifier les facteurs de risque d'arrêt de travail pour lombalgie	-Aucun modèle retrouvé. -Population en bonne santé.	82,00%
12	Burdorf	2006/Pays-Bas	523 employés d'EHPAD (questionnaire)	Analyser les effets des risques relatifs au travail sur l'occurrence de lombalgie et la transition en arrêt de travail	-Corrélation entre efforts intenses et arrêts de travail -Par modèle de Merkel, environ 140 semaines d'arrêts pour lombalgie chez travailleur de force et 30 semaines d'arrêts chez un travailleur avec faible effort physique	82,00%

Tableau II : études descriptives

13	Diaz-Ledezma	2009/ Chili	10000 patients avec arrêt < 4semaines pour lombalgie. Analyse de facteur recueilli	Déterminer les facteurs associés à un arrêt de travail prolongé, les facteurs socio-démographique associé à une mise en arrêt de travail.	-Résultat similaire aux études anglo-saxonne -Personne suivi par un orthopédiste, aura un arrêt plus long. Si déjà un arrêt, hausse de la probabilité d'un arrêt plus long par la suite pour lombalgie. -Pas de différence homme/femme (hormis grossesse)	70,00%
14	Du bois	2007/ Belgique	Travailleur handicapé en demande d'indemnité (questionnaire)	Recherche des caractéristiques des travailleurs demandant une incapacité pour lombalgie	-4 questions prédictives d'incapacité : l'affect, l'importance de la douleur, la "peur par évitement de la douleur" (FAB), la perception du patient par rapport au retour au travail.	67,00%
15	Ihlebaek	2006/Norvège et Suède	Questionnaire sur lombalgie	Évaluer la prévalence des lombalgies avec arrêt dans 2 pays voisins	-Prévalence plus importante des arrêts de travail en Norvège pour une prévalence similaire des lombalgies (Meilleur rémunération des arrêts de travail en Norvège)	50,00%
16	Ijzelenberg	2004/ Pays Bas	-505 employés industriels -Questionnaire	Impact des comorbidités musculo squelettique sur les arrêts de travail dans les lombalgies	-Pas de différence significative, possible réponse moindre à la thérapeutique habituelle	70,00%
17	Kääriä	2012/Helsinki	-8960 patients du secteur public (80% femmes) -Questionnaire	Évaluer si les lombalgies associées à comorbidité musculo squelettique entraînent une différence sur la durée des arrêts.	-Nombre plus important d'arrêt dans le cadre de sciatgie ou d'association lombalgie+ cervicalgie vis à vis de lombalgie seule	70,00%
18	Kool	2001/Suisse	-99 patients lombalgie chronique soumis aux test	Évaluation de 3 tests physiques dans la prédictibilité de non-retour au travail	-Non-retour au travail serait prédictible à l'aide de ces 3 tests. -Nombreux biais (dont population 91% masculine)	73,00%
19	Kovacs	2007/Espagne	-Patients recrutés via centre hospitalier dans le cadre de lombalgie -Questionnaire	Évaluer l'importance de « la peur par évitement » dans les arrêts pour lombalgie	-Non retrouvé	55,00%
20	Lewis	2015/Angleterre	-Patients ayant ou non bénéficié d'un arrêt de travail. -Questionnaire	Évaluation de l'importance thérapeutique de l'arrêt de travail dans la lombalgie	-Facteur anxiété prépondérant dans le cadre des arrêts -Pas de bénéfice de l'arrêt sur les douleurs de lombalgie -Pas assez d'option thérapeutique selon l'auteur.	94,00%
21	Melloh	2012/Nouvelle-Zélande	-310 patients	Recherche de facteurs prédictif de récurrence de lombalgie à risque d'arrêt de travail	-3 facteurs principaux : Etat dépressif, possibilité d'aménagement du poste de travail et limitation fonctionnelle du patient.	76,00%

Tableau III : études descriptives

22	Julia Morris , Paul J Watson	Etats-Unis 2011	-34 Généralistes et 126 patients souffrants de lombalgies -Questionnaire	Rechercher les facteurs du médecin et du patient qui aboutissent à un arrêt pour lombalgie	-Pas de corrélation péjorative ou positive avec l'âge , la dépression et l'anxiété -Facteurs de risque d'AT :Arrêt de travail antérieur pour lombalgie , démonstration d'un douleur intense , l'incapacité ressentie -L'Orientation psychosociale du MT réduit la probabilité de donner un arrêt de travail -Le taux d'arrêt de travail pour lombalgie s'accroît significativement en fonction du mélange des caractéristiques du patient et du médecin	87.5%
23	Robert Pind	2014/Danemark	-23 médecins sur 207 patients	-Evaluer une nouvelle échelle de prédiction d'arrêt de travail pour lombalgie	-Il est possible prédire la durée de l'arrêt de travail pour Lombalgie à l'aide d 'une échelle d'évaluation en 10 items simple à utiliser (LBP-rating scale by Pind duration of IBP)	79.4%
24	Cécile Poulain	2009/France	-105 lombalgiques en arrêt depuis plus d'un mois , mis dans un programme multidisciplinaire	-Déterminer l'effet à long-terme d'une intervention multidisciplinaire chez des lombalgiques chroniques	-Facteur de retour au travail : -pratique du sport initiale (x6) et age <35 ans (x3) -Facteur de non-retour au travail : Durée initiale de l'arrêt >6 mois	88%
25	C. Rolli Salathé	2012/Suisse	-279 travailleurs, par questionnaire	-Identifier les ressources individuelles (psychosociales ou autres) pour prévenir les arrêts de travail pour lombalgie	-La satisfaction dans la vie est un facteur protecteur contre SL pendant une lombalgie -La satisfaction au travail n'est pas un facteur déterminant. -Les comportements d'évitement basés sur des croyances (non avérées) sont un facteur déterminant d'arrêt de travail pour LBP	85%
26	William S Shaw, PhD,	2011/USA	-399 lombalgiques requérant des soins dans des cliniques -questionnaire	-Evaluer la validité de cette échelle(RTWSE-19) chez des travailleurs souffrant de lombalgies aiguës	-Cette échelle est efficace et fiable pour évaluer la confiance qu'ont les ouvriers souffrant de lombalgies aiguës en la communication avec leurs collègues et supérieurs, et leur capacité à remplir les objectifs liés au travail, et donc reprendre celui-ci ou cibler les interventions pouvant être nécessaires.	91%
27	Jeanette Sora Trinderup,	2018/Danemark	-Analyse secondaire d'un essai randomisé chez 559 patients en arrêt pour lombalgie	-Examiner l'association Entre FAB et arrêt pour lombalgies	-Une grande FAB joue négativement sur la durée de l'arrêt de travail, mais aussi sur la douleur lombaire ressentie, pas sur l'incapacité.	82%
28	A. Van Nieuwenhuysse	2012/Belgique	-716 employés d'hôpitaux	-Rechercher les facteurs de risques pour la survenue d'arrêt pour lombalgie chez les jeunes travailleurs sans atcd de lombalgie.	-Le plus fort facteur retrouvé est un milieu professionnel peu stimulant pour développer des compétences manuelles et intellectuelles. -Le second facteur principal est l'obésité imc>30	85%

Tableau IV : études descriptives

29	Radoslaw Wasiak, PhD	2007/USA	-6019 travailleurs du secteur privé, analyse rétrospective	-Déterminer le moment opportune la durée d'une intervention	-des soins chiropratiques courts réduisent plus la durée des arrêts de travail que des soins plus longs, pas de bénéfice à allonger la prise en charge chez un professionnel ambulatoire.	79%
30	Erik L. Werner	2007/Norvege	-Questionnaire Par téléphone, sur 1500 personnes	-Evaluer l'effet d'une campagne médiatique sur les croyances populaires a propos des lombalgies	-Malgré une amélioration des croyances envers le LBP(rester actif, travailler avec une douleur résiduelle , pas de recours à la radio) , cela n'a pas amélioré le recours aux arrêts de travail pour cette raison	70%
31	Erik L. Werner	2007/Norvège	-3500 personnes sur 6 lieux différents, suivi de 3 ans	-Evaluer l'impact des groupes de pairs sur les croyances liées aux LBP , les douleurs perçues , et le recours au SL-LBP	-Une intervention sur le lieu de travail par des pairs formés aux LBP, fait baisser de 50 % le nombre d'AT pour LBP , grâce aux améliorations des croyances ,	73.50%
32	Shanfa Yu, MD, PhD1	2015/chine	-2737 ouvriers de la province du henan en chine à l'aide d'un questionnaire	-Evaluer différents stress models et leur qualité pour prédire les arrêts pour lombalgie	-Le Model ERI-OC (effort rewarded imbalance ou overcommitment) est plus prédictif chez les ouvriers que le model DCS sur les arrêts pour lombalgie -Les arrêts pour lombalgie dépendent surtout des caractéristiques psychosociales personnelles et du type de travail	85%
33	A. Holtermann	2013/danemark	-8655 femmes soignantes, questionnaire	-Déterminer si l'activité sportive de loisir prévient les arrêts pour lombalgie	-Une activité physique de loisir de haute et très haute intensité réduit significativement les arrêts de travail pour LBP chez les femmes qui souffrent de lombalgies occasionnelles,	82%
34	Saurab Sharma	2015/Nepal	- observationnelle et transversale, sur 111 infirmières femelles d'un hôpital Népalais	-identifier les facteurs associés aux arrêts dans le cadre des lombalgies chez les infirmières.	-Le caractère constant de la douleur est corrélé avec une augmentation des AT (fort) -Si le repos améliore la douleur, il y a moins d'AT (fort) -L'intensité décrite n'est pas corrélée avec le nombre de jours D'AT (fort) -La présence de causes aggravant la douleur n'est pas corrélée avec les AT	91%

Tableau V : essais randomisés

Numéro	Auteur	Date-Pays	Méthode et Population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (critère EPOC)
35	Du bois et Donceel	2012/ Belgique	-506 patients en demande d'invalidité pour lombalgie -Intervention par conseil médicaux	Évaluer les bénéfices d'une intervention par conseils médicaux sur le retour de travail pour lombalgie chronique	-Retour au travail significativement plus important à 12 mois pour le groupe interventionnel -Moins de récurrence d'arrêt de travail pour groupe interventionnel	87,50%
36	Fredericksen	2017/ Danemark	-505 patients secteur public -Intervention par conseils médicaux	Évaluer les bénéfices d'une intervention par conseil médicaux sur les arrêts de travail	-Diminution significative du nombre et de la durée des arrêts de travail dans le groupe interventionnel. -Pas de différence pour le nombre de jours de lombalgie	62,50%
37	Granath	2006/Pays nordique	-390 femmes enceintes -2 groupes : programme de renforcement musculaire ou aérobic aquatique	Comparer les effets d'un renforcement musculaire terrestre ou aquatique sur les lombalgies pendant la grossesse	-Diminution du nombre et de la durée des arrêts de travail pour lombalgie dans le groupe de gymnastique aquatique	50,00%
38	Hagen	2005/Norvège	-457 patients arrêt >3mois. -Intervention par conseil puis questionnaire.	Identifier des facteurs prédictifs sur le retour au travail dans les lombalgies chroniques	-13 facteurs influençant le retour au travail à 1 ans. -3 principaux : douleur constante/ douleur abdominale/ incapacité au travail	87,50%
39	Heymans	2006/ Pays Bas	-Patient arrêt >3 semaines. -Retour au travail avec groupe fort ou faible intensité de rééducation	Efficacité d'une rééducation de faible ou forte intensité sur le retour au travail	-École du dos de moindre intensité démontrant un retour au travail précoce vis à vis de forte intensité. Elle diminuerait aussi les incapacités à 3 mois et la « peur du kinésithérapeute »	100,00 %
40	Hlobil	2005/ Pays Bas	-25000 employés KLM -Groupe contrôle vs groupe avec formation rééducation physique	Efficacité d'une intervention graduée sur le retour au travail et l'impotence fonctionnelle	-Retour au travail plus précoce dans le groupe interventionnel. -Pas de différence sur la sévérité de la douleur	62,50%

Tableau VI : essais randomisés

41	Jensen	2011/Danemark	-351 patients en arrêt (questionnaire) -2 groupes : Suivi simple ou intervention multidisciplinaire	Comparer le retour au travail entre intervention brève et multidisciplinaire sur lombalgie	-Pas de différence entre intervention brève et multidisciplinaire sur retour au travail. -Pas de différence sur l'importance des douleurs.	87,50%
42	Jensen	2012/Danemark	-351 patients -2 groupes : intervention brève ou multidisciplinaire	Comparer le retour au travail entre intervention brève et multidisciplinaire sur lombalgie	-Pas de différence entre intervention brève et multidisciplinaire sur retour au travail	50,00%
43	Jensen	2013/Danemark	-351 patients -2 groupes : intervention brève ou multidisciplinaire	Comparer le retour au travail entre intervention brève et multidisciplinaire sur le coût des lombalgies	-Pas d'efficacité sur le coût des lombalgies -Tendance à une baisse de coût dans sous-groupe à risque de perte d'emploi	100,00 %
44	Jensen	2010	-360 patients -2 groupes : intervention simple ou multidisciplinaire (ergonomique)	Impact d'une intervention ergonomique sur le poste de travail dans les lombalgies	-Efficacité démontré uniquement dans un sous-groupe souffrant de lombalgie modérée à sévère sur la diminution l'importance des douleurs et le nombre d'arrêt de travail	75,00%
45	Lambeek	2010/Pays-Bas	-134 patients -2 groupes : suivi médecin traitant ou coordination par médecin du travail.	Évaluer le bénéfice financier d'un aménagent de poste chez les patients lombalgiques chronique	-Réduction significatif du coût dans le groupe interventionnel (notamment par diminution du nombre d'arrêt), ainsi que de la qualité de vie	62,50%
46	Lambeek	2009/Amsterdam	-82 patients souffrant de lombalgie chronique -2 groupe : suivi simple ou intervention multidisciplinaire (questionnaire)	Évaluation d'un programme multidisciplinaire par les patients et professionnel de santé	-Le programme satisfaisait professionnel comme patient et pourrait réduire la durée des arrêts. -Difficulté de communication entre professionnel de santé décrit.	50,00%

Tableau VII : essais randomisés

47	Lie	2008/Pays nordique	-457 patients en arrêt -2 groupes : suivi médecin traitant ou conseil	Évaluation d'une intervention par conseil thérapeutique sur retour au travail	Pas de différence significative	75,00%
48	Molde Hagen	2003/Norvège	-510 patients arrêt>2 mois -2 groupes : suivi MT et multidisciplinaire (questionnaire)	Évaluation d'un programme de mobilisation léger sur les arrêts de travail pour lombalgie	-Résultat significatif sur la baisse du nombre de jours d'arrêt de travail la 1ère année, mais s'atténuant la 2ème année pour le groupe interventionnel	62,50%
49	Hedeager Momsen	2013/Danemark	471 personnes en arrêt pour lombalgie	Déterminer si de multiples symptômes somatiques sont péjoratifs pour la durée des arrêts chez les lombalgiques	-Multiple facteurs somatiques (échelle scl som) associés à douleurs lombaires entraînent un impact négatif sur le retour au travail,-Groupes d'intervention multidisciplinaires non supérieurs à intervention simple dans le RTW pour les lombalgiques chroniques--Pas de corrélation entre âge et multiples facteurs somatiques	87.5 %
50	Anja Davis Norbye, ,	2016/Norvège	-58 lombalgiques vus par leur médecin traitant -2 groupes, intervention précoce ou tardive	Etablir si une intervention précoce chez les lombalgiques réduirais le recours aux arrêts et leur durée	-Une intervention précoce (séances de groupe théorique et pratique ne diminue pas le temps en arrêt de travail vs intervention tardive à 3 mois du début, limites : intervalle grand, res non significatifs, petit échantillon	62.5%
51	Magnus Odeen •	2013/Norvège	-3500 employés du public -3 groupes (pairs sur le lieu de travail, ajout suivi ambulatoire et contrôle)	Evaluer l'impact sur les arrêts de travail pour lombalgie d'une information et réassurance sur le lieu de travail	-Les groupes de réassurance par les collègues formés et information sur le lieu de travail à 3 mois d'intervalle permettent de réduire significativement le nombre d'arrêts de travail pour lombalgie (7%) sur une période donnée (1 an) -Ajouter des consultations médicales ambulatoires pour accroître cette éducation n'augmente pas cet effet sur la réduction du nombre d'arrêt de travail , voire le diminue mais de façon non significative	87.5%

Tableau VIII : essais randomisés

52	PEDERSEN	2017/Danemark	-417 personnes en 2 groupes sur 5 ans , danois , envoyés par leur Généraliste pour lombalgie de plus de 3 semaines au centre régional du dos	-Evaluer les arrêts pour lombalgie selon que l'employé ai reçu une intervention brève ou multidisciplinaires poussées	-Les patients en arrêt de travail pour lombalgie ont le même taux d'emploi et de jours travaillés à 5 ans, qu'il aient bénéficié d'une intervention brève par leur médecin traitant lors de leur arrêt initial, ou d'une intervention multidisciplinaire incluant physiothérapeute, entretiens répétés avec un ergothérapeute et rhumatologue. -Ceux ayant reçu une intervention multidisciplinaire ont passé plus de temps en arrêt de travail sur la période	100%
53	C Rasmussen,	2016/Danemark	- 594 infirmières, :	-Déterminer si une intervention pluridisciplinaire sur le lieu de travail efficace pour les lombalgies est efficace pour réduire l'incapacité au travail	-Un renforcement musculaire préventif par différentes interventions améliore la capacité physique mais ne diminue pas le risque de lombalgie et d'arrêt de travail dans une classe de travailleurs donnée	100%
54	Eline Ree, Stein Atle Lie,	2016/Norvège	-reprise de l'étude 61	Même objectif que la 61	Une intervention sur le lieu de travail par un collègue formé sur les lombalgies réduit significativement le nombre de jours et d'arrêts de travail dans les 6 mois suivants celle ci	82.50%
55	Silje E. Reme,	2016/Norvège	-2200 personnes de tous horizons -4 groupes (graisse de phoque, thérapie, intervention brève et , huile de soja	-évaluer les différentes approches citées précédemment	-Une intervention brève avec un médecin et un kiné réduit plus le nombre et la durée d'arrêts de travail sur 1 an qu'une Thérapie cognitivocomportementale poussée ou qu'une supplémentation en huile de soja ou graisse de phoque.	100%
56	G Roche-Leboucher	2011/France	-132 patients variés lombalgiques en 2 groupes, (programme multidisciplinaire et activité individuelle)	-Comparer l'efficacité des deux approches sur les lombalgies chroniques	-Un FRP multidisciplinaire est 30% plus efficace qu'une kiné active + 5 h par semaines pour diminuer le nombre de jours d'arrêts de travail sur 1 an chez les lombalgiques chroniques. -Les deux méthodes sont efficaces pour améliorer le retour au travail dans le cadre des lombalgies chroniques	82.5%
57	Yoann Ronzi,	2017/France	-159 lombalgiques chroniques -3 groupes, (multidisciplinaire , kiné ambu et kiné groupe d'échanges)	-Comparer l'efficacité des trois stratégies chez les lombalgiques chroniques	-Les 3 approches ont le même effet bénéfique sur la durée des arrêts de travail l'année qui suit.	100%

Tableau IX : essais randomisés

58	Hildegun Snekkevik,	2014/Norvège	-570 patients variés en arrêt pour lombalgie depuis 2 à 10 mois	-Evaluer la prévalence de la fatigue, et son association avec la dépression et les arrêts de travail chez ces patients	-La majorité de ces patients rapportent une fatigue importante, liée elle-même avec syndrome dépressif et douleur, avec un risque accru de développer un syndrome de fatigue chronique et une incapacité de longue durée	100%
59	Christina M Stapelfeldt,	2011/Danemark	-351 employés en arrêt pour lombalgie	-Identifier des groupes qui bénéficieraient plus d'une intervention longue que brève	-Le bien-être au travail est le facteur qui joue le plus sur la thérapeutique envisagée pour ces patients : SI bien, l'approche multidisciplinaire rallonge la durée de l'arrêt de travail, à l'opposé il la diminue chez les patients qui ne se sentent pas bien au travail.	100%
60	Ivan A. Steenstra,	2009/Canada	-2 groupes, l'un bénéficiant d'une intervention sur le lieu de travail et un groupe contrôle	-déterminer des facteurs modifiant l'efficacité d'une intervention sur le lieu de travail	-Une intervention sur le lieu de travail est plus efficace pour les travailleurs ayant déjà eu un arrêt de travail pour LBP (fort niveau) et pour les ouvriers de plus de 44 ans -Pas de différence selon le sexe, l'intensité de la douleur et du travail physique	100%
61	Kjersti Storheim,	2005/Norvège	-93 patients en arrêt pour lombalgie	-évaluer si certaines échelles/questionnaires peuvent prédire le retour au travail	Les facteurs prédisant le retour au travail chez les patients en arrêt depuis 8 à 12 semaines étaient : Les FAB (évitement lié aux croyances), l'incapacité et l'état de forme physique .	100%
62	A Steenstra,	2006/hollande	-112 personnes randomisées en 2 groupes	Déterminer l'effet d'une activité physique graduée sur les lombalgies	-L'activité physique ambulatoire graduée n'a apporté aucun effet bénéfique ou négatif sur les arrêts de travail pour lombalgie	100%

Tableau X : revues de littérature

Numéro	Auteur	Date-Pays	Méthode et Population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (critère prisma)
63	Hallegraef	2006	Recherche par mots clés. Méta analyse Critère principale : nombre de jours d'absence	Une attente négative de récupération augmente t'il le délai de retour au travail dans les lombalgies chroniques ?	-Patient avec vision négative de sa récupération aurait 2 fois plus de risque d'être encore en arrêt à 3 mois (OR=2,17 IC95% 1,61-2,91)	96,00%
64	Iles	2008	Revue de littérature systématique.	Recherche de facteurs psychosociaux prédictif de non-retour au travail dans les lombalgies	-La peur par évitement et l'attente d'une récupération sont les 2 facteurs significatifs retrouvés. -Stress, dépression, satisfaction au travail, anxiété non démontré	68,00%
65	Kool	2004	Méta analyse	Évaluer le traitement par exercice physique seul ou associé sur les arrêts de travail	Réduction significative des arrêts de travail (95%CI=-0.11; -0.36) et encore plus significativement chez la patiente ayant eu plus de 90 jours d'arrêt de travail les années précédentes (95%CI = -0.17, -0.42)	60,00%
66	Kuijer	2006	Revue de littérature systématique.	Recherche de facteurs prédictifs d'arrêt de travail dans les lombalgies chroniques	Aucun facteur prédictif d'arrêt de travail dans les lombalgies retrouvé dans la population générale	75,00%
67	A Steenstra,	2005	Revue de littérature systématique.	Recherche de facteurs pronostiques sur la durée des arrêts de travail chez les lombalgiques aigus	Facteurs principaux retrouvés (principalement péjoratifs) : -Incapacité , douleur radiculaire associée , IMC, Ressenti personnel sur la santé ,forme physique , l'hystérie , la fatigue , L'isolement social , la dépression sévère , le travail physique , la durée des journées de travail .	82%
68	Ivan A. Steenstra	2016	Revue de littérature systématique.	Recherche de facteurs pronostics de retour au travail	bon pronostic : Statut socioéconomique bas mauvais pronostic : indemnité journalière , implication d'un avocat , retard dans l'évaluation	85%
69	Miranda van Duijn,	2010	Revue de littérature systématique.	Rechercher la rentabilité des différentes interventions pour les patients SL-LBP	-Une intervention sur le lieu de travail réduit fortement la durée des arrêts de travail et leur nombre pour les patient SL pour LBP (2 études à forte preuve) -une Activé graduée 2 h par semaine pour 12 semaines est efficace (2 études à fort niveau de preuve .) -Examen physique, réassurance et conseils d'activité x3 an tres efficace -Les interventions sur le lieu de travail sont plus rentables que dans des structures spécialisées avec de nombreux intervenants ou activité graduée	85%
70	ERIK L. WERNER1 & PIERRE COTE ´	2009	Revue de littérature non systématique.	Déterminer les facteurs de d'arrêt dans le cadre de lombalgie	Les comportements d'évitement liés aux croyances sur le mal de dos la tendance à l'isolement, dépression . Problèmes financiers ou psychosociaux	85%
71	Erik L. Werner, MD, PhD,	2011	Revue de littérature systématique.	trouver les raisons q'un médecin invoque pour mettre en arrêt pour lombalgie	--Le patient à d'autres symptômes médicaux, -le patient à des problèmes d'ordre psychologique -Le médecin ne veut pas altérer la relation qu'il a avec le patient -l'histoire personnelle du médecin et de ses croyances face aux LBP	85%

Tableau XI : études qualitatives

Numéro	Auteur	Date-Pays	Méthode et Population	Objectif principal	Principaux résultats	Score (critère Coreq)
72	Anna Muijzer	Hollande/2012	focus groups de 32 experts du travail en hollande	Identifier des facteurs de retour au travail chez les Lombalgiques en arrêt de longue durée	les experts du travail se mettent d'accord sur 19 facteurs déterminants : - personnel : âge élevé , niveau d'éducation bas , compétence adaptée , la durée au poste , les FAB -environnemental : -comment est vu l'arrêt au travail , la disponibilité du job , l'attitude de l'employeur et leur relation -Efficacité des interventions sur le lieu de travail	63%

4. Les facteurs d'initiation d'arrêt de travail pour lombalgie.

Tableau XII : Facteurs relatifs à l'initiation d'un arrêt de travail

Facteurs relatifs à l'initiation d'un arrêt de travail			
	A risque	Protecteur	Non déterminant
Liés à l'épisode douloureux actuel			
Intensité de la douleur	14,22		34++
Incapacité ressentie	21,22		
Cervicalgie associée	17++		
Caractère constant de la douleur	34++		
Douleur améliorée par le repos		34++	
Causes aggravant la douleur			34
Liés à l'état de santé de l'employé			
Age			22
IMC>30 chez moins de 35 ans	28++		
Pratique d'Activité si lombalgie chronique			33++,
Pratique d'Activité si lombalgie aiguë		33++	53,62
Episode précédent de lombalgie avec arrêt	13,22		
prise en charge par un orthopédiste	13		
Autres symptômes multiples	71		16
Liés aux facteurs psychosociaux			
Isolement social	70++		
Dépression	21,70++,71		22,64
Les Fear-avoidance belief (FAB)	14,25++,70++		
La satisfaction dans la vie		25+	
Pb financiers	70+		
Statut socio-économique bas	70+		
Présence de jour de carence	15+		
Liés au médecin			
Sensibilité psychosociale du médecin		22	
Ne veut pas altérer sa relation avec le patient	71		
Histoire personnelle du médecin sur les lombalgies	71		
Evaluation par une échelle simple annexe 1		23	
Liés au travail			
Travail Lourd	12++		
Satisfaction au travail	32		25,64
Travail peu stimulant pour le développement perso	28++,32		
Aménagement possible du poste de travail		21	
Aucuns facteur retrouvés (11 ET 66)			

+ : Bon niveau de preuve ; ++ :Très bon niveau de preuve

4.1. Liés à l'épisode douloureux actuel

L'intensité de la douleur exprimée (14,22) et l'incapacité ressentie (21,22) augmentaient le risque de mise en arrêt de travail. De même, la présence concomitante de cervicalgies (17) ou le caractère constant de la douleur (34) était très fortement associés à la mise au repos. D'un autre côté, l'étude (34) démontrait que l'amélioration de la douleur par le repos était un puissant facteur protecteur d'initiation d'arrêt de travail pour lombalgie, tout en présentant l'intensité ou la présence de causes aggravant la douleur comme des facteurs non déterminants.

4.2. Liés à l'état de santé de l'employé

Un épisode précédent d'arrêt pour lombalgie (13,22) et la présence de symptômes multiples (71), ou un IMC supérieur à 30 chez les moins de 35 ans(28) augmentent le risque de mise en arrêt de travail. Plusieurs études (33,53,62) retrouvaient que la pratique d'activité physique de loisir, tout comme l'âge (22), n'étaient pas un facteur déterminant de mise en arrêt de travail. Une autre étude (33), différencie activité physique dans les lombalgies aiguës (fortement protecteur) versus chronique (non déterminant) dans le cadre de l'initiation d'un arrêt de travail.

4.3. Liés aux facteurs psychosociaux

La dépression est fréquemment associée aux arrêts pour lombalgies (21,70,71), mais parfois retrouvée non déterminante en tant que facteurs de risque (22,64). L'isolement social(70), les FAB(14,25,70), les problèmes financiers(70), le bas niveau socio-économique (70) et la présence de jours de carences(15) étaient fortement associés à l'initiation d'un arrêt de travail pour lombalgie. Le bien être (25) était un facteur protecteur de la mise en arrêt de travail. La sensibilité psychosociale du médecin (22)

était un facteur protecteur de la mise en arrêt de travail, mais la peur d'altérer la relation médecin malade et son expérience personnelle sur les lombalgies (71) augmentait, quant à elle, les risques de mise en arrêt de travail pour lombalgie.

4.4. Liés au travail de l'employé

Un travail physiquement exigeant (12) ou peu stimulant pour le développement personnel (28,32) augmentait le risque de mise en arrêt pour lombalgie. L'aménagement possible du poste de travail était quant à lui protecteur (21). La satisfaction au travail donnait des résultats différents, avec une étude (32) la donnant prédictive d'arrêt et deux (25,64) la présentant comme non déterminante.

Pour finir, deux études (11,66) n'ont pas retrouvé de facteurs de risque prédictifs de la mise en arrêt pour lombalgie.

5. Les facteurs relatifs à la durée de l'arrêt de travail dans les lombalgies

Tableau XIII : Facteurs relatifs à la durée de l'arrêt de travail

Facteurs relatifs à la durée de l'arrêt de travail			
	Péjoratif	Positifs	Non déterminants
Liés à l'épisode douloureux actuel			
Incapacité	38+,61+,67++		
Douleur radiculaire	67++		
Caractère constant de la douleur	38+		
Chez les patients bénéficiant de prise en charge multi disciplinaire			
Age<35 ans		24++	
Pratique du sport initiale		24++	
Arrêt >6mois avant prise en charge	24++		
Bien-être au travail	59++		
Mal être au travail		59++	
Liés à l'état de santé de l'employé			
Mauvaise Forme physique	61+,67++		
Ressenti sur la santé	67++		
Autres symptômes multiples	38+,49+		
Liés aux facteurs psychosociaux			
Hystérie	67+,		
Fatigue chronique	58++,67		
Isolement social	67+		
Dépression	58++		64,67
Dépression sévère	67++,		
Présence de Fear-avoidance belief (FAB)	27++,38+,63		19
Absence de FAB		61+	
Statut socio-économique bas	38	68	
Présence d'Indemnité Journalières	68+		
Liés au travail			
Travail Lourd	12++,67+		
Durée des postes	67+		
Mouvements répétés	38+		
Satisfaction au travail			64
Aménagement possible du poste de travail		6++	
Liés à la stratégie de prise en charge			
Multidisciplinaire	52,59	10,43,46,48,56+	47
Kinésithérapie courte		9,29,56+	
Faible intensité		39	
Intervention brève		29,41,42,43,52,55,57,69	
Intervention prévention primaire	36+		30,50
Intervention sur le lieu de travail		31,51++,54,60++,69++	
Aucuns facteur retrouvés (11 ET 66)			

+ : Bon niveau de preuve ; ++ :Très bon niveau de preuve

5.1. Liés à l'épisode douloureux actuel

L'incapacité ressentie (38,61,67) augmentait le risque d'arrêt de travail prolongé, tout comme la présence de radiculalgie (67) et le caractère constant de la douleur (38).

5.2. Liés à l'état de santé

La mauvaise forme physique (61,67), le ressenti négatif sur sa santé (67) et la présence de symptômes multiples (38,49) sont fortement à risque de prolongation d'un arrêt de travail.

5.3. Psychosociaux

La dépression était retrouvée à nouveau comme fortement à risque de prolongation d'un arrêt de travail (58), mais non déterminante dans 2 études (64,67), la dépression sévère (67) est quant à elle très à risque de prolongation d'arrêt de travail. Également, la fatigue chronique (58,67), l'isolement social (67), le bas niveau socio-économique (38) et la présence d'indemnités journalières (68) étaient prédictifs d'un arrêt prolongé. La présence de FAB était déterminante de la prolongation d'un arrêt pour lombalgie dans de très nombreuses études (19,27,38,63).

5.4. Liés au travail

Un travail physiquement exigeant était là aussi fortement associé à une prolongation de l'arrêt de travail (12,67), tout comme la durée aux postes de travail (67) et la présence de mouvements répétés (38). Par ailleurs, l'aménagement possible du poste de travail (6) était bénéfique sur le retour au travail précoce. La satisfaction au travail semblait non déterminante (64). Pour finir, il serait possible de prédire le non-retour au travail à l'aide de 3 tests physiques (18) ou par l'échelle RTWSE-19 (26).

6. Effet de différents types d'interventions sur les arrêts de travail dans les lombalgies

6.1. Intérêt des interventions multidisciplinaires sur le retour au travail dans les lombalgies chroniques.

De nombreuses études se penchent sur l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire (physiothérapeute, ergothérapeute, kinésithérapeute, rhumatologue,) afin de favoriser un retour au travail précoce. Elles les comparent à des interventions dites "brève" ou "simple", comme l'étude (56) retrouvant une réduction de 30% du nombre de jours d'arrêts de travail à un an pour une intervention multidisciplinaire par rapport à une kinésithérapie simple. Cela est confirmé par l'étude (59) mais qui émet une nuance : le bien-être au travail, auquel cas, la tendance s'inversait et une prise en charge multidisciplinaire prolongeait la durée de l'arrêt de travail. De nombreuses études (9,41,42,49,52,57) comparant "prise en charge multidisciplinaire" et suivi par le médecin traitant ne retrouvaient, quant à elle, aucune différence significative sur la durée, le nombre d'arrêts de travail et d'effet sur les douleurs de lombalgies chroniques. La population de ces études était majoritairement originaire des pays nordiques. Une étude interventionnelle danoise (43) ne rapportait le bénéfice d'une intervention multidisciplinaire, sur la réduction du coût direct des arrêts de travail, que dans un sous-groupe de patient à risque de perte d'emploi, contrairement à une étude hollandaise (45) qui retrouvait ce bénéfice sur l'ensemble de sa population. Pour pondérer ces résultats, une intervention de 2003 (48) avait retrouvé qu'une association de médecin de rééducation et kinésithérapeute était bénéfique sur la durée de l'arrêt de travail, versus une prise en charge par un médecin traitant, confirmé par une étude Scandinave (47).

Cependant, ces 2 études démontrent aussi une perte de ce bénéfice sur le long terme. A noter qu'une étude prospective (46) montrait que la plupart de ses acteurs professionnels de santé et patients étaient favorables à une prise en charge multidisciplinaire, et considérait celle-ci utile et facilitante pour le retour au travail, malgré des difficultés de communication entre professionnels de santé.

6.2. La rééducation fonctionnelle

De nombreuses études démontrent les bénéfices d'un programme de reconditionnement à l'effort chez les patients souffrant de lombalgie (8,9,10,56), notamment sur les réductions du nombre et durée des arrêts de travail. Une étude (29) sur 6019 travailleurs des Etats-Unis a démontré que des soins chiropratiques courts réduisaient de façon plus importante la durée des arrêts de travail, chez les patients lombalgiques chroniques, qu'une thérapie manuelle prolongée. De même, une faible intensité des soins chiropratiques (39) était démontré plus bénéfique que de forte intensité sur la diminution de la durée des arrêts de travail et de l'incapacité fonctionnelle. Enfin, en Suède (9), une comparaison entre des méthodes de thérapie manuelle associée ou non à des injections de corticoïdes intrathécaux avait retrouvé un bénéfice sur la diminution de la durée des arrêts pour la thérapie manuelle, mais sans différence significative avec ou sans injection de corticoïde. Sur un versant psychologique, une intervention par un médecin et un kinésithérapeute (55) réduit le nombre et la durée d'arrêt de travail plus significativement qu'une thérapie cognitivo-comportementale ou encore qu'une supplémentation en huile de soja/graisse de phoque dans le cadre des lombalgies. Une autre étude française (57) n'a pas démontré de bénéfice de groupe de parole associé à la kinésithérapie vis à vis d'une prise en charge kinésithérapie simple sur la durée des arrêts. Chez les femmes

enceintes, la gymnastique aquatique est significativement plus bénéfique sur la réduction du nombre de jours d'arrêt de travail par rapport à une gymnastique classique (37).

6.3. Les conseils médicaux

Une étude norvégienne (30) réalisée après une campagne médiatique visant à modifier les croyances des populations, a montré que malgré une amélioration des connaissances de la population sur les lombalgies, le nombre d'arrêt de travail n'avait pas régressé pour ce motif. Un essai (50) comparant une intervention précoce ou tardive par groupe d'échange suite à une lombalgie ne montrait aucune différence sur les arrêts de travail. Mais en 2005, un pool de 25000 employés (40) avait bénéficié d'une intervention par conseil médical sur les lombalgies, le nombre et la durée des arrêts avait alors diminué, mais sans efficacité sur les douleurs lombaires. Des résultats similaires sont retrouvés sur une étude de 2017 (36) qui portait sur des employés ayant bénéficié d'interventions par conseils médicaux. Dans le cadre d'une demande d'invalidité pour lombalgie, les conseils médicaux sont bénéfiques pour diminuer la récurrence d'arrêt de travail (35). Les interventions sur le lieu de travail par des pairs, dans de nombreuses études (31,51,54,59,69) à fort niveau de preuve, ont démontré un bénéfice très important sur la réduction du nombre d'arrêts de travail (jusqu'à 50% pour une étude (31) menée sur 3500 employés), elles étaient constituées principalement de conseils thérapeutiques ou d'entretien physique. Une comparaison a été effectuée entre des conseils simples et une intervention multidisciplinaire hospitalière (43) qui n'avait pas démontré de différence sur les coûts en lien avec les arrêts de travail.

6.4. Intervention ergonomique

Une étude (6) sur 2825 patients menée en Occident chez des patients, en arrêt depuis plus de 3 mois, ayant bénéficié d'une adaptation ergonomique du poste de travail, avait démontré un retour au travail significativement plus précoce (IC 95% 1,24-1,69). Cela reste à nuancer, par une étude menée (44) sur 360 patients qui ne retrouvait de résultat significatif, que dans un sous-groupe de patient souffrant de lombalgie sévère, avec une diminution des jours d'arrêt de travail cumulés.

6.5. Le coût des arrêts de travail

Déjà abordé dans ces résultats, les coûts directs et indirects en lien avec les arrêts de travail reviennent de façon récurrente en tant que critère de jugement. De façon générale, le facteur "intervention menée sur le lieu de travail" réduit le coût en lien avec les arrêts de travail (51,69) contrairement à des interventions dans un milieu de consultation classique. De même, qu'une prise en charge multidisciplinaire coordonnée par un médecin du travail diminuerait le coût pour la société par rapport à une prise en charge par un médecin traitant (45). Dans ce contexte, une étude (43) comparant conseil simple et intervention multidisciplinaire dans un cadre de consultation classique ne retrouvait pas d'avantage à l'une ou l'autre méthode.

6.6. L'arrêt de travail

Pour conclure, une seule étude retenue a étudié l'intérêt d'un arrêt de travail initial sur la douleur de lombalgie aiguë (20) et n'avait pas démontré de bénéfice sur celle-ci.

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Principaux résultats

Notre étude retrouve comme principaux facteurs de risque d'initiation d'un arrêt de travail dans les lombalgies : les "Fear avoidance belief"(FAB), le syndrome dépressif et en tant que facteur protecteur : la pratique d'une activité physique adaptée. Elle retrouve comme principaux facteurs de risque d'allongement de la durée d'arrêt de travail dans les lombalgies: L'importance de la douleur de l'épisode de lombalgie, les FAB, le syndrome dépressif, l'asthénie chronique, l'absence d'entretien physique, le port de charge au travail et comme facteurs protecteurs: les conseils médicaux (amélioré si l'intervention à lieu au travail), la réassurance , la kinésithérapie sur une courte période, une prise en charge multidisciplinaire, une intervention ergonomique sur le poste de travail. Sur le plan interventionnel, les bénéfices d'une intervention multidisciplinaire sur la durée de l'arrêt de travail était similaire à ceux d'une intervention simple (par conseil et kinésithérapie). Une intervention par kinésithérapie simple et courte était autant voire plus efficace qu'une prise en charge prolongée et plus intense, sur la réduction de la durée de l'arrêt de travail. Sur la réduction du coût sociétal, seule la coordination des intervenants par un médecin du travail et les interventions menées sur le lieu de travail ont montré un bénéfice. A noter, l'arrêt de travail n'a pas démontré de bénéfice sur l'importance des douleurs de lombalgies.

2. Points forts de l'étude

La méthodologie PRISMA a été suivie et les critères de qualité d'une revue systématique de littérature sont dans l'ensemble respectés, avec un score à **81,5%**.

La présence de deux lecteurs, avec un accord important dans la lecture et la sélection, a permis de limiter les risques d'erreurs et d'améliorer la sélection des études.

Par ailleurs, le nombre d'articles lus en totalité (108), puis finalement inclus dans la synthèse (67) sont élevés.

3. Risque de biais

Nous n'avons retenu que la base de données PubMed, contrairement à ce qui était initialement prévu. Devant le nombre important de résultats et la présence systématique de doublons sur les autres moteurs de recherche, il a été décidé de conserver uniquement la base de données PubMed. Le choix de ces échelles a donc fait l'objet d'une discussion entre les auteurs, afin de déterminer celles semblant obtenir le plus grand consensus dans la communauté scientifique. Les différents travaux retenus sont de qualité variable et les scores ne représentent qu'une évaluation globale de ceux-ci.

4. Pays de provenance des études et systèmes d'indemnisation des arrêts de travail

Elle était variée, sans restriction géographique. Ainsi, de nombreux pays sont représentés, avec une majorité provenant des pays scandinaves, très actifs dans le domaine des lombalgies et réalisant des études sur de grands échantillons de population. La diversité des origines des études a permis d'obtenir plusieurs regards sur les facteurs étudiés ou constatés, selon les populations étudiées et les auteurs. L'indemnisation des arrêts de travail n'est probablement pas indifférente à l'initiation de ceux-ci, comme le démontre une étude (15) comparant le nombre d'arrêts de travail initiés pour lombalgie, plus important en Norvège qu'en Suède, alors que la prévalence des lombalgies y est similaire. Dans ce cas précis, la Norvège ne présente pas de jours de carence pour

l'employé, contrairement à la Suède. Dans le cas de la France, pour toucher des indemnités journalières (IJ) chez un salarié en arrêt de travail de moins de 6 mois (73), il faut justifier avoir cotisé au moins 150 heures de travail dans les 3 derniers mois, le délai de carence est fixé à 3 jours, sauf dans le cas d'une ALD. Les IJ sont fixées à 50% du salaire journalier de base et ne peuvent dépasser 46€ brut, le calcul est basé sur le salaire journalier de base, égal au total des 3 derniers salaires bruts divisé par 91,25. Certaines conventions d'entreprise permettent d'ajuster ce nombre de jours de carence ou de compléter les IJ des salariés. Les résultats d'études provenant principalement des pays nordiques ne sont donc pas forcément applicables à la population française. Par exemple, le système de santé norvégien (74) ne demande une cotisation que de 4 semaines avant l'arrêt de travail (au lieu de 3 mois en France), les IJ sont versées par l'employeur les 16 premiers jours de l'arrêt de travail puis par l'assurance maladie, il n'y a donc pas de jours de carence. De plus, Le bénéficiaire d'indemnités maladie doit convenir avec son employeur d'un plan d'action, afin de permettre une reprise de l'activité dans les meilleurs délais. Si son état de santé ne le permet pas, il doit fournir une attestation médicale le confirmant. A partir de 12 semaines d'arrêts, l'évaluation de la capacité de travail est effectuée, non plus uniquement au regard de l'emploi exercé, mais en prenant en compte la capacité à exercer toute activité appropriée. Aucune de ces justifications à l'employeur n'est à fournir en France, la justification se faisant auprès de la sécurité sociale, l'extrapolation à la population française pourrait donc ne pas s'appliquer.

5. Le coût des interventions multidisciplinaires versus les interventions simples dans les lombalgies

Comme le souligne C. Jensen (43), de façon générale, une intervention dite "brève" par conseil médicaux menée sur le thème de la réassurance est aussi, voire plus, bénéfique qu'une intervention multidisciplinaire (menée par de nombreux spécialistes hospitaliers) sur la durée des arrêts de travail et présente un coût financier nettement plus bas (1377 euros par patient dans cette démarche) dans le cadre des lombalgies chroniques. Il est intéressant de noter que ces mêmes conseils donnés sur le lieu de travail (31,51,54,60,69) ont un impact majeur en diminuant le nombre et la durée des arrêts de travail pour lombalgie. Une revue de littérature menée par Miranda van Dujin (75), en 2011, avait confirmé que la seule intervention bénéfique en matière de coût financier était celle menée au plus tôt et à moindre coût, et avec pour objectif d'améliorer les conditions de travail. En 2018, L'assurance maladie a lancé une campagne à visé des entreprises afin "d'inciter les employeurs à réduire l'exposition au risque de leurs collaborateurs au travers de la mise en place de démarches de prévention et d'autre part, de les aider à mieux gérer le retour rapide à l'emploi des salariés lombalgiques" (76). Cette campagne était composée principalement de questionnaire afin d'orienter la stratégie de prévention des lombalgies de l'entreprise (77). Entre autres, malgré la remise en cause de la fonction du médecin du travail actuel, une étude (45) démontrait que, si celui-ci coordonnait la prise en charge, le retour au travail était plus précoce et le coût sociétal moindre, et ce comparativement à un suivi classique par le médecin traitant. Le rôle de suivi de l'employé (78) étant progressivement délégué à des infirmiers spécialisés, il pourrait être intéressant de réaliser d'autres études sur la fonction de coordination des professionnels de santé, que pourrait avoir le médecin du travail.

6. Le rôle des Fear avoidance Belief et l'activité physique.

En France, la sécurité sociale a lancé depuis 2017, une campagne de "rester actif"(79) afin de lutter contre les croyances en lien avec les lombalgies(80) (similaire à la campagne norvégienne du "stay active" (30)), les bénéfices sur les croyances ont évolué de façon similaire à la Norvège, en septembre 2018, 45% des français pensaient que le repos était le traitement des lombalgies contre 68% un an auparavant selon le baromètre BVA(81). Si cela s'est avéré positif sur les croyances des patients, pour les médecins généralistes, cette croyance est passée de 33 à 14%. Au-delà de l'actualisation des connaissances de la population et de la lutte contre la croyance, le baromètre BVA a mis à jour les notions attendues par le patient lors d'une consultation pour lombalgie : un diagnostic précis (44%) et des traitements médicamenteux (45%) notamment, mais aussi un éclairage sur l'origine et les causes du mal de dos (36 %), une réassurance sur l'état général du dos (28%) et des conseils pour soulager la douleur (27%). Malgré tout, comme établi par cette même étude (81) encore 25% des patients considèrent que la douleur lombaire est l'origine d'une pathologie grave, la réassurance ferait donc entièrement partie du soin. Pour résumer, les conseils notamment orientés sur l'entretien du dos doivent être dirigés (comme le démontre l'étude 33, qui ne retrouvait pas l'activité physique comme facteur protecteur possiblement car non orienté) et la réassurance reste primordiale, le contexte de l'apparition de la lombalgie ne doit toutefois pas être méconnu comme le rappelle la HAS (82)

Selon le Pr Olivier Lyon-Caen, médecin-conseil national de l'Assurance Maladie (81): «Ces résultats sont très encourageants, car ils démontrent que les Français adoptent déjà un nouveau comportement en cas de lombalgie. Prendre l'initiative de poursuivre sa vie quotidienne en maintenant ses activités personnelles et professionnelles est primordial.

C'est la clé vers une récupération plus rapide et cette démarche aide à la prévention de la rechute. »

En lien avec cette thématique de conseil, une application "activ'dos" de conseil d'entretien/quizz a été lancée en 2018 par l'assurance maladie, celle-ci donne des conseils à visée notamment d'étirement et donc accompagne la démarche du "rester actif". Mais, il faut noter que dans notre analyse thématique, la pratique d'une activité physique n'était pas nécessairement un facteur protecteur d'initiation d'arrêt de travail, mais semblait jouer un rôle sur leurs durées. En théorie, si cette question des FAB semble centrale dans le processus d'initiation et la durée des arrêts pour lombalgie, l'étude norvégienne (33) ne montrait pas de résultats significatifs sur cette problématique, malgré l'amélioration des croyances. A notre connaissance, il n'y a pas encore d'études sur l'impact de cette campagne en France sur les arrêts pour lombalgies. Dans l'état des études actuelles, le message "rester actif" seul pourrait être imprécis ou insuffisant. Et le message lancé par la nouvelle campagne de 2019(83) : « Pour que le mal de dos s'arrête, mieux vaut ne pas s'arrêter », nous semble inadapté, en effet seulement 7% des patients expriment cette attente (81). Elle semblerait plus à visée des médecins généralistes qui estiment, pour 40% d'entre eux, que l'attente des patients est un arrêt de travail.

7. Les liens psychosociaux

La dépression est souvent mise en avant dans la durée et l'initiation des arrêts pour lombalgie dans notre étude. Le lien entre lombalgie et dépression est majeur selon une étude (84) menée sur 190 000 personnes, 35% des patients souffrant de dépression ou autres problèmes psycho-sociaux rapportent souffrir de lombalgie. Cependant, une revue de littérature comprenant 10 essais randomisés (85), a passé en revue l'utilisation des

traitements antidépresseurs dans le cadre de lombalgies aiguës ou chroniques versus placebo et n'a pas conclu à leur efficacité sur l'intensité des lombalgies ainsi que sur le syndrome dépressif. La prise en charge de ces patients est donc complexe et l'utilisation d'antidépresseurs seuls dans ce contexte pourrait être remise en question.

8. Perspectives

Notre étude a dévoilé plusieurs facteurs et interventions possibles qui pourraient être mis en place pour permettre la réduction du nombre et de la durée des arrêts de travail. En France, si la campagne lancée en 2017 a déjà montré un bénéfice sur les croyances concernant les lombalgies, en Norvège, aucun bénéfice n'avait été démontré concernant les arrêts de travail. D'autres pistes, comme la mise en place d'intervention de conseil en entreprise pourrait être lancée, se cantonnant pour l'instant à une information des employeurs depuis 2018, et pourtant les études retrouvent une réduction franche de la durée des arrêts de travail pour ce type d'intervention. A notre connaissance, une seule étude (20) portait sur le bénéfice de l'arrêt de travail dans le cadre des douleurs de lombalgies aiguës, cela remet en question l'intérêt même de l'arrêt de travail. La réalisation d'autres études dans ce sens semblerait pertinent.

9. Conclusion

Cette revue de littérature retrouve de très nombreux facteurs de risques et protecteurs d'arrêt de travail pour lombalgies, et permet de faire l'état des connaissances sur l'efficacité des différentes prises en charges largement répandues, y compris en soins primaires. Ce travail rejoint les recommandations de la HAS de mars 2019 concernant la prise en charge des patients lombalgiques, mais surtout il ouvre la voie à l'évaluation des différentes stratégies de prises en charge et campagnes de prévention, voire la mise en

place de certaines, en France. Le but étant d'affiner au mieux la prise en charge de ces patients très fréquemment rencontrés mais finalement complexes, et ce, à moindre coût. Pour conclure, Le Pr Fautrel, rhumatologue à la Pitié-Salpêtrière à Paris dit : « Le travail fait partie des activités quotidiennes, essentielles pour maintenir son dos en bonne santé. L'arrêt maladie, s'il est nécessaire, doit être le plus court possible afin que le patient puisse continuer ses activités de loisir mais aussi poursuivre son travail, celui-ci participant à la guérison. C'est pourquoi, la coordination entre professionnels de santé pour proposer une visite de pré-reprise ou anticiper l'adaptation du poste de travail est essentielle pour permettre au patient-travailleur de maintenir ou de reprendre son travail le plus tôt possible ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Baromètre BVA pour l'Assurance Maladie, « Connaissances et attitudes vis-à-vis de la lombalgie – Regards croisés grand public-médecins généralistes », juillet 2017.
2. Guide d'information sur la santé pour les professionnels de santé concernant la lombalgie
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346618/document/lombalgie-professionnels-de-sante_assurance-maladie.pdf
3. Low-back Pain Disorders as Occupational Diseases in the Czech Republic and 22 European Countries: Comparison of National Systems, Related Diagnoses and Evaluation Criteria. Central European Journal of Public Health. sept 2015;23(3):244-51.
4. Rapport de l'assurance maladie 2017
<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-reference/assurance-maladie-risques-professionnels/rapports-annuels>
5. Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, Diatta T, Addra I, Grelaud A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. Fundam Clin Pharmacol. 2010
6. Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HCW, van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occup Environ Med. avr 2004;61(4):289-94.
7. Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: a cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occup Environ Med. nov 2002;59(11):729-33.

8. Beaudreuil J, Kone H, Lasbleiz S, Vicaut E, Richette P, Cohen-Solal M, et al. Efficacy of a functional restoration program for chronic low back pain: prospective 1-year study. *Joint Bone Spine*. oct 2010;77(5):435-9.
9. Bogefeldt J, Grunnesjö MI, Svärdsudd K, Blomberg S. Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for low back pain: the Gotland Low Back Pain Study. *Clin Rehabil*. juin 2008;22(6):529-41.
10. Bontoux L, Dubus V, Roquelaure Y, Colin D, Brami L, Roche G, et al. Return to work of 87 severely impaired low back pain patients two years after a program of intensive functional rehabilitation. *Ann Phys Rehabil Med*. févr 2009;52(1):17-29.
11. Bosman LC, Dijkstra L, Oling CI, Heymans MW, Twisk JW, Roelen CA. Prediction models to identify workers at risk of sick leave due to low-back pain in the Dutch construction industry. *Scand J Work Environ Health*. 01 2018;44(2):156-62.
12. Burdorf A, Jansen JP. Predicting the long term course of low back pain and its consequences for sickness absence and associated work disability. *Occup Environ Med*. août 2006;63(8):522-9.
13. Diaz-Ledezma C, Urrutia J, Romeo J, Chelen A, González-Wilhelm L, Lavarello C. Factors associated with variability in length of sick leave because of acute low back pain in Chile. *Spine J*. déc 2009;9(12):1010-5.
14. Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine J*. mai 2009;9(5):350-9.
15. Ihlebaek C, Hansson TH, Laerum E, Brage S, Eriksen HR, Holm SH, et al. Prevalence of low back pain and sickness absence: a « borderline » study in Norway and Sweden. *Scand J Public Health*. 2006;34(5):555-8.

16. IJzelenberg W, Burdorf A. Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain. *Occup Environ Med.* oct 2004;61(10):806-10.
17. Kääriä S, Laaksonen M, Leino-Arjas P, Saastamoinen P, Lahelma E. Low back pain and neck pain as predictors of sickness absence among municipal employees. *Scand J Public Health.* mars 2012;40(2):150-6.
18. Kool JP, Oesch PR, de Bie RA. Predictive tests for non-return to work in patients with chronic low back pain. *Eur Spine J.* juin 2002;11(3):258-66.
19. Kovacs FM, Muriel A, Castillo Sánchez MD, Medina JM, Royuela A, Spanish Back Pain Research Network. Fear avoidance beliefs influence duration of sick leave in Spanish low back pain patients. *Spine.* 15 juill 2007;32(16):1761-6.
20. Lewis M, Wynne-Jones G, Barton P, Whitehurst DGT, Wathall S, Foster NE, et al. Should General Practitioners Issue a Sick Certificate to Employees Who Consult for Low Back Pain in Primary Care? *J Occup Rehabil.* sept 2015;25(3):577-88.
21. Melloh M, Elfering A, Salathé CR, Käser A, Barz T, Röder C, et al. Predictors of sickness absence in patients with a new episode of low back pain in primary care. *Ind Health.* 2012;50(4):288-98.
22. Morris J, Watson PJ. Investigating decisions to absent from work with low back pain: a study combining patient and GP factors. *Eur J Pain.* mars 2011;15(3):278-85.
23. Pind R. Testing a new 10-item scale (Pind's LBP Test) for prediction of sick leave lasting more than three days or more than two weeks after a general practitioner visit for acute low back pain. *Spine.* 20 avr 2014;39(9):E581-586.

24. Poulain C, Kernéis S, Rozenberg S, Fautrel B, Bourgeois P, Foltz V. Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *Eur Spine J.* juill 2010;19(7):1153-61.
25. Rolli Salathé C, Melloh M, Mannion AF, Tamcan Ö, Müller U, Boos N, et al. Resources for preventing sickness absence due to low back pain. *Occup Med (Lond).* juin 2012;62(4):273-80.
26. Shaw WS, Reme SE, Linton SJ, Huang Y-H, Pransky G. 3rd place, PREMUS best paper competition: development of the return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire--psychometric properties and predictive validity. *Scand J Work Environ Health.* mars 2011;37(2):109-19.
27. Trinderup JS, Fisker A, Juhl CB, Petersen T. Fear avoidance beliefs as a predictor for long-term sick leave, disability and pain in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskelet Disord.* 3 déc 2018;19(1):431.
28. Van Nieuwenhuysse A, Burdorf A, Crombez G, Verbeke G, Masschelein R, Mairiaux P, et al. Sick leave due to back pain in a cohort of young workers. *Int Arch Occup Environ Health.* nov 2013;86(8):887-99.
29. Wasiak R, Kim J, Pransky GS. The association between timing and duration of chiropractic care in work-related low back pain and work-disability outcomes. *J Occup Environ Med.* oct 2007;49(10):1124-34.
30. Werner EL, Ihlebaek C, Laerum E, Wormgoor MEA, Indahl A. Low back pain media campaign: no effect on sickness behaviour. *Patient Educ Couns.* mai 2008;71(2):198-203.

31. Werner EL, Laerum E, Wormgoor MEA, Lindh E, Indahl A. Peer support in an occupational setting preventing LBP-related sick leave. *Occup Med (Lond)*. déc 2007;57(8):590-5.
32. Yu S, Lu M-L, Gu G, Zhou W, He L, Wang S. Association between psychosocial job characteristics and sickness absence due to low back symptoms using combined DCS and ERI models. *Work*. 2015;51(3):411-21.
33. Holtermann A, Clausen T, Jørgensen MB, Mork PJ, Andersen LL. Should physical activity recommendation depend on state of low back pain? *Eur J Pain*. avr 2014;18(4):575-81.
34. Sharma S, Shrestha N, Jensen MP. Pain-related factors associated with lost work days in nurses with low back pain: A cross-sectional study. *Scand J Pain*. 2016;11:36-41.
35. Du Bois M, Donceel P. Guiding low back claimants to work: a randomized controlled trial. *Spine*. 1 août 2012;37(17):1425-31.
36. Frederiksen P, Indahl A, Andersen LL, Burton K, Hertzum-Larsen R, Bendix T. Can group-based reassuring information alter low back pain behavior? A cluster-randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2017;12(3):e0172003.
37. Granath AB, Hellgren MSE, Gunnarsson RK. Water aerobics reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. août 2006;35(4):465-71.
38. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR. Predictors and modifiers of treatment effect influencing sick leave in subacute low back pain patients. *Spine*. 15 déc 2005;30(24):2717-23.

39. Heymans MW, de Vet HCW, Bongers PM, Knol DL, Koes BW, van Mechelen W. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine*. 1 mai 2006;31(10):1075-82.
40. Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Köke A, Ariëns G, Smid T, et al. The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial. *J Occup Rehabil*. déc 2005;15(4):569-80.
41. Jensen C, Jensen OK, Christiansen DH, Nielsen CV. One-year follow-up in employees sick-listed because of low back pain: randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *Spine*. 1 juill 2011;36(15):1180-9.
42. Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskelet Disord*. 25 août 2012;13:156.
43. Jensen C, Nielsen CV, Jensen OK, Petersen KD. Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain. *Spine*. 1 juin 2013;38(13):1059-67.
44. Jensen LD, Maribo T, Schiøttz-Christensen B, Madsen FH, Gønge B, Christensen M, et al. Counselling low-back-pain patients in secondary healthcare: a randomised trial addressing experienced workplace barriers and physical activity. *Occup Environ Med*. janv 2012;69(1):21-8.

45. Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ*. 30 nov 2010;341:c6414.
46. Lambeek LC, van Mechelen W, Buijs PC, Loisel P, Anema JR. An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 30 nov 2009;10:147.
47. Lie SA, Eriksen HR, Ursin H, Hagen EM. A multi-state model for sick-leave data applied to a randomized control trial study of low back pain. *Scand J Public Health*. mai 2008;36(3):279-83.
48. Molde Hagen E, Grasdahl A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine*. 15 oct 2003;28(20):2309-15; discussion 2316.
49. Mønsen A-MH, Jensen OK, Nielsen CV, Jensen C. Multiple somatic symptoms in employees participating in a randomized controlled trial associated with sickness absence because of nonspecific low back pain. *Spine J*. 1 déc 2014;14(12):2868-76.
50. Norbye AD, Omdal AV, Nygaard ME, Romild U, Eldøen G, Midgard R. Do Patients With Chronic Low Back Pain Benefit From Early Intervention Regarding Absence From Work?: A Randomized, Controlled, Single-Center Pilot Study. *Spine*. 1 nov 2016;41(21):E1257-64.
51. Odeen M, Ihlebæk C, Indahl A, Wormgoor MEA, Lie SA, Eriksen HR. Effect of peer-based low back pain information and reassurance at the workplace on sick leave: a cluster randomized trial. *J Occup Rehabil*. juin 2013;23(2):209-19.
52. Pedersen P, Nielsen CV, Jensen OK, Jensen C, Labriola M. Employment status five years after a randomised controlled trial comparing multidisciplinary and brief

intervention in employees on sick leave due to low back pain. *Scand J Public Health*. mai 2018;46(3):383-8.

53. Rasmussen CDN, Holtermann A, Jørgensen MB, Ørberg A, Mortensen OS, Sogaard K. A multi-faceted workplace intervention targeting low back pain was effective for physical work demands and maladaptive pain behaviours, but not for work ability and sickness absence: Stepped wedge cluster randomised trial. *Scand J Public Health*. août 2016;44(6):560-70.

54. Ree E, Lie SA, Eriksen HR, Malterud K, Indahl A, Samdal O, et al. Reduction in sick leave by a workplace educational low back pain intervention: A cluster randomized controlled trial. *Scand J Public Health*. août 2016;44(6):571-9.

55. Reme SE, Tveito TH, Harris A, Lie SA, Grasdahl A, Indahl A, et al. Cognitive Interventions and Nutritional Supplements (The CINS Trial): A Randomized Controlled, Multicenter Trial Comparing a Brief Intervention With Additional Cognitive Behavioral Therapy, Seal Oil, and Soy Oil for Sick-Listed Low Back Pain Patients. *Spine*. 15 2016;41(20):1557-64.

56. Roche-Leboucher G, Petit-Lemanac'h A, Bontoux L, Dubus-Bausière V, Parot-Shinkel E, Fanello S, et al. Multidisciplinary intensive functional restoration versus outpatient active physiotherapy in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 15 déc 2011;36(26):2235-42.

57. Ronzi Y, Roche-Leboucher G, Bègue C, Dubus V, Bontoux L, Roquelaure Y, et al. Efficiency of three treatment strategies on occupational and quality of life impairments for chronic low back pain patients: is the multidisciplinary approach the key feature to success? *Clin Rehabil*. oct 2017;31(10):1364-73.

58. Snekkvik H, Eriksen HR, Tangen T, Chalder T, Reme SE. Fatigue and depression in sick-listed chronic low back pain patients. *Pain Med.* juill 2014;15(7):1163-70.
59. 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.
60. Steenstra IA, Knol DL, Bongers PM, Anema JR, van Mechelen W, de Vet HCW. What works best for whom? An exploratory, subgroup analysis in a randomized, controlled trial on the effectiveness of a workplace intervention in low back pain patients on return to work. *Spine.* 20 mai 2009;34(12):1243-9.
61. Storheim K, Brox JI, Holm I, Bø K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. *J Rehabil Med.* nov 2005;37(6):365-71.
62. Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, de Vet HCW, Knol DL, van Mechelen W. The effectiveness of graded activity for low back pain in occupational healthcare. *Occup Environ Med.* nov 2006;63(11):718-25.
63. Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MHG. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *J Physiother.* 2012;58(3):165-72.
64. 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.* août 2008;65(8):507-17.

65. Kool J, de Bie R, Oesch P, Knüsel O, van den Brandt P, Bachmann S. Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: a meta-analysis. *J Rehabil Med.* mars 2004;36(2):49-62.
66. Kuijer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JHB, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil.* sept 2006;16(3):439-67.
67. 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.
68. 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.
69. van Duijn M, Eijkemans MJ, Koes BW, Koopmanschap MA, Burton KA, Burdorf A. The effects of timing on the cost-effectiveness of interventions for workers on sick leave due to low back pain. *Occup Environ Med.* nov 2010;67(11):744-50.
70. Werner EL, Cote P. Low back pain and determinants of sickness absence. *Eur J Gen Pract.* 2009;15(2):74-9.
71. Werner EL, Côté P, Fullen BM, Hayden JA. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review. *Clin J Pain.* mai 2012;28(4):364-71.
72. Muijzer A, Geertzen JH, de Boer WE, Groothoff JW, Brouwer S. Identifying factors relevant in the assessment of return-to-work efforts in employees on long-term sickness absence due to chronic low back pain: a focus group study. *BMC Public Health.* 24 janv 2012;12:77.

73. Arrêt maladie : indemnités journalières versées au salarié [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3053>
74. La sécurité sociale des salariés en Norvège [Internet]. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_norvege_salaries.html
75. van Duijn M, Eijkemans MJ, Koes BW, Koopmanschap MA, Burton KA, Burdorf A. The effects of timing on the cost-effectiveness of interventions for workers on sick leave due to low back pain. *Occup Environ Med.* nov 2010;67(11):744-50.
76. Mal de dos au travail : les employeurs mobilisés [Internet]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/mal-de-dos-au-travail>
77. DP_Lombalgie-06112018.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Lombalgie-06112018.pdf
78. Services de santé au travail. Le médecin du travail - Démarches de prévention - INRS [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/medecin-travail.html>
79. lombalgie-definition-action_assurance-maladie.pdf [Internet]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/lombalgie-definition-action_assurance-maladie.pdf
80. « Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement » : sensibilisation sur la lombalgie [Internet]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/campagnes-communication/sensibilisation-lombalgie>

81. Lombalgie_Communique_AM_Bilan-BVA_GP_VDEF.pdf [Internet]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Lombalgie_Communique_AM_Bilan-BVA_GP_VDEF.pdf
82. Karine P. Haute Autorité de santé. 2019;178.
83. Lombalgie_commune_et_prise_en_charge_pluridisciplinaire.pdf [Internet].
Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Lombalgie_commune_et_prise_en_charge_pluridisciplinaire.pdf
84. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Veronese N, Carvalho AF, Solomi M, et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2016;43:63-70.
85. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WJ, Roland M, Tulder MW van. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2008. Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001703.pub3/full?cookiesEnabled>

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux.....	22
----------------------------------	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Etudes descriptives.....	24
Tableau II: Etudes descriptives.....	25
Tableau III: Etudes descriptives	26
Tableau IV: Etudes descriptives.....	27
Tableau V: Essais randomisés	28
Tableau VI: Essais randomisés	29
Tableau VII: Essais randomisés	30
Tableau VIII: Essais randomisés	31
Tableau IX: Essais randomisés	32
Tableau X: Revue de littérature	33
Tableau XI: Etude qualitative	34
Tableau XII : Facteurs relatifs à l'initiation d'un arrêt de travail dans les lombalgies ...	35
Tableau XIII: Facteurs relatifs à la durée d'un arrêt de travail dans les lombalgies	38

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
RESUME.....	18
INTRODUCTION	19
MÉTHODES	20
1. Stratégie de recherche :.....	20
2. Sélection des études :	20
3. Analyse des données.....	21
RÉSULTATS	22
1. Sélection des références :	22
2. Évaluation du degré d'accord entre les lecteurs :	23
3. Description et scores des études :	23
4. Les facteurs d'initiation d'arrêt de travail pour lombalgie.....	35
4.1. Liés à l'épisode douloureux actuel	36
4.2. Liés à l'état de santé de l'employé	36
4.3. Liés aux facteurs psychosociaux	36
4.4. Liés au travail de l'employé	37
5. Les facteurs relatifs à la durée de l'arrêt de travail dans les lombalgies	38
5.1. Liés à l'épisode douloureux actuel	38
5.2. Liés à l'état de santé	39
5.3. Psychosociaux.....	39
5.4. Liés au travail	39
6. Effet de différents types d'interventions sur les arrêts de travail dans les lombalgies.....	40
6.1. Intérêt des interventions multidisciplinaires sur le retour au travail dans les lombalgies chroniques.	40
6.2. La rééducation fonctionnelle	41
6.3. Les conseils médicaux	42
6.4. Intervention ergonomique	43
6.5. Le coût des arrêts de travail	43
6.6. L'arrêt de travail	43
DISCUSSION ET CONCLUSION	44
1. Principaux résultats	44
2. Points forts de l'étude.....	44
3. Risque de biais	45
4. Pays de provenance des études et systèmes d'indemnisation des arrêts de travail.....	45
5. Le coût des interventions multidisciplinaires versus les interventions simples dans les lombalgies	47

6.	Le rôle des Fear avoidance Belief et l'activité physique.	48
7.	Les liens psychosociaux	49
8.	Perspectives	50
9.	Conclusion.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....		52
LISTE DES FIGURES		64
LISTE DES TABLEAUX.....		65
TABLE DES MATIERES		ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
ANNEXES.....		68

ANNEXES

1. Annexe 1 : Tableaux de Kappa de Cohen

Tableau sélection titre et résumé

		Augustin		
		oui	non	total
Paul	oui	99	8	107
	non	6	255	261
	total	105	263	368

Tableau sélection sur texte intégrale

		Augustin		
		oui	non	total
Paul	oui	66	4	70
	non	3	35	38
	total	69	39	108

2. Annexe 2 : Grille strobe

Grille STROBE		Numéro	Item	Points
Titre et résumé		1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	
Introduction	Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	
	Objectif	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori	
Méthode	Conception	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	
	Contexte/justification	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	
	Population	6	(a) Étude de cohorte – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes des élection des sujets. Décrire les méthodes de suivi Étude cas-témoin – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins Étude transversale – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes des élection des participants	
			(b) Étude de cohorte – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés Étude cas-témoin – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	
	Variable	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	
	Source de donnée/mesure	8	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	
	Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	
	taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujet à inclure	
	variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	
	Analyse statistique	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) Étude de cohorte – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités Étude cas-témoin – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé Étude transversale – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité	
Résultats	Population	13	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape () (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	
	Données descriptives	14	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) Étude de cohorte – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	
	Données obtenues	15	Étude de cohorte – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps Étude cas-témoin – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés Étude transversale – Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés	
	principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable	
	autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	
Discussion	Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	
	Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	
	Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	
	Généralisabilité	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	
Autre information	Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	

3. Annexe 3 : grille EPOC

le processus d'allocation était-il correct ?	-Faible risque:processus de randomisation décrit
	-Haut risque :si une méthode non aléatoire est utilisée
	-Risque incertain:si non spécifié
L'allocation était-elle correctement masquée ?	-Faible risque:si l'unité d'allocation est un professionnel, une équipe ou une institution, toutes les unités doivent être réparties au début de l'étude. Si l'unité d'allocation est le patient ou un épisode de soin, la randomisation doit être masquée par une méthode appropriée.
	-Haut risque : Si la répartition des sujets n'est pas dissimulée. Les essais avant après sont à haut risque
	-Risque incertain: Si non spécifié
Les niveaux de base des critères de jugements étaient-ils similaires ?	-Faible risque:Si les niveaux de base des critères de jugement sont mesurés avant l'intervention et qu'il n'y a pas de différences importantes entre les groupes, ou si les différences sont ajustées pour l'analyse.
	-Haut risque:Si des différences importantes entre les groupes existent et ne sont pas ajustées pour l'analyse.
	-Risque incertain:Si les niveaux de base des critères de jugement ne sont pas mesurés.
Les caractéristiques de bases étaient-elles similaires ?	-Faible risque:Si les caractéristiques de base des professionnels de santé sont reportées et similaires.
	-Haut risque: Si les caractéristiques de base des professionnels de santé ne sont pas mentionnées ou s'il y a des différences entre les professionnels des groupes contrôles et intervention
	-Risque incertain: Si les caractéristiques sont mentionnées mais les données ne sont pas reportées
Les données incomplètes ont-elles été correctement traitées ?	-Faible risque:Si il est peu vraisemblable que les données manquantes faussent les résultats (proportions similaires dans les groupes intervention et contrôle, ou faible proportion de données manquantes)
	-Haut risque : Si les données manquantes peuvent fausser les résultats
	-Risque incertain: Si non spécifier, ne pas présumer 100% de suivi si non explicité
La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes à t-elle été correctement prévenue ?	-Faible risque:Si les critères de jugement principaux ont été mesurés en aveugle, ou si les critères étaient objectifs.
	-Haut risque : Si les critères de jugement principaux n'ont pas été mesurés en aveugle et que cela peut biaiser les résultats.
	-Risque incertain :Si non spécifié.
Le risque de contamination a-t-il été correctement prévenu ?	-Faible risque : Si l'unité d'allocation était une communauté, une institution, ou un cabinet et qu'il est peu vraisemblable que le groupe contrôle ait reçu l'intervention.
	-Haut risque:S'il est vraisemblable que le groupe contrôle ait reçu l'intervention, c'est à dire si les patients plutôt que les professionnels ont été randomisés.
	-Risque incertain : Si les professionnels ont été randomisés au sein d'un hôpital ou d'un cabinet, et que les professionnels des groupes contrôles et intervention ont pu communiquer entre eux.
L'étude est-elle exempte d'un report sélectif des critères de jugement ?	-Faible risque : S'il n'y a pas d'éléments faisant suspecter un report sélectif des critères de jugement, c'est à dire si tous les critères de jugements présents dans la partie méthode sont reportés dans la partie résultats.
	-Haut risque : Si si des critères de jugements importants ne sont pas reportés dans la catégorie résultats
	-Risque incertain : si non spécifié

4. Annexe 4 : Grille PRISMA

Grille Prisma				
		Numéro	critère de contrôle	Point
Titre	Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
Résumé	Résumé structure	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	
Introduction	Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
	Objectif	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOSa).	
Methode	Protocole d'enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement	
	Critère d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	
	Source d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	
	Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	
	Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	
	Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	
	Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	
	Risque de biais inhérent à chaque	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
	Quantification des résultats	13	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : risk ratio différence entre les moyennes).	
	Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I ²) pour chaque méta-analyse.	
	Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
	Analyse complémentaire	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.	
Résultats	Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	
	Caractéristique des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	
	risque de biais relatifs aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
	résultat de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (forest plot).	
	Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
	Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
	Analyse complémentaire	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
Discussion	Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	
	Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	
	Conclusion	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
Financement	Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	
				27

5. Annexe 5 : Grille COREQ

Equipe de recherche

Caractéristiques personnelles

- 1 Enquêteur/animateur
- 2 Titres académiques
- 3 Activité
- 4 Genre
- 5 Expérience et formation

Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
 Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
 Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
 Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
 Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Relations avec les participants

- 6 Relation antérieure
- 7 Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur
- 8 Caractéristiques de l'enquêteur

Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?

Que savaient les participants au sujet du chercheur ?
 Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
 Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche

: Conception de l'étude Cadre théorique

- 9 Orientation méthodologique et théorie

Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?
 Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu

Sélection des participants

- 10 Échantillonnage
- 11 Prise de contact
- 12 Taille de l'échantillon
- 13 Non-participation

Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
 Comment ont été contactés les participants ?
 Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
 Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
 Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte

- 14 Cadre de la collecte de données
- 15 Présence de non-participants
- 16 Description de l'échantillon

Où les données ont-elles été recueillies ?
 Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
 Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
 Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
 Par exemple : données démographiques, date

Recueil des données

- 17 Guide d'entretien
- 18 Entretiens répétés
- 19 Enregistrement audio/visuel
- 20 Cahier de terrain
- 21 Durée
- 22 Seuil de saturation
- 23 Retour des retranscriptions

Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
 Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
 Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
 Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
 Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
 Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
 Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Analyse des données

- 24 Nombre de personnes codant les données
- 25 Description de l'arbre de codage
- 26 Détermination des thèmes
- 27 Logiciel
- 28 Vérification par les participants

Combien de personnes ont codé les données ?
 Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
 Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
 Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les Données ?
 Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Rédaction

- 29 Citations présentées
- 30 Cohérence des données et des résultats
- 31 Clarté des thèmes principaux
- 32 Clarté des thèmes secondaires

Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
 Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les Résultats ?
 Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
 Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

AMICE Paul et LE CACHER DE BONNEVILLE Augustin

Etat des lieux des arrêts de travail dans le cadre des lombalgies commune

RÉSUMÉ

Introduction :

Les lombalgies représentent en France 30% des arrêts de plus de 6 mois et sont la 3ème cause d'invalidité pour le régime général. Elles provoquaient un coût direct en 2015 de plus d'un milliard d'euros (source) en France. Objectif : Réaliser un état des lieux des connaissances établissant un lien entre les lombalgies et les arrêts de travail.

Méthode :

Revue de littérature systématique narrative, selon la méthode PRISMA-P par deux lecteurs, accompagnée d'une évaluation de la qualité des études retenues.

Résultats :

368 études furent retenues par l'équation de recherche. 113 après la lecture des titres et résumés et enfin 67 après lecture du texte intégral. Nous avons obtenu de nombreux facteurs concernant l'initiation d'un arrêt de travail pour lombalgie, d'autres jouant sur la durée d'un arrêt pour lombalgie. Également, nous retrouvâmes de nombreuses études sur les différentes stratégies de prise en charge des patients en arrêt pour lombalgie et leur évaluation.

Conclusion :

Les "fear avoidance belief", la dépression et plus largement les problématiques psychosociales se distinguaient négativement tant sur l'initiation que la durée d'un arrêt de travail. Des facteurs comme la pratique d'une activité physique ou l'adaptabilité du poste étaient quant à eux protecteurs d'arrêt et en diminuaient la durée. Concernant les différentes stratégies de prise en charge, les prises en charge multidisciplinaires ne semblaient pas adaptées pour tous les patients et, même si elles sont efficaces pour réduire la durée des arrêts pour lombalgies, les stratégies courtes avec peu d'intervenants étaient au moins aussi efficaces à moindre coût. Il pourrait être utile d'aller plus loin dans l'évaluation de ces interventions brèves en France.

Mots-clés : Lombalgie commune, Fear avoidance Belief, arrêt de travail

Overall situation of sickness absence in low back pain

ABSTRACT

Introduction :

In France, Low back pain represents 30% of sickness absence above 6 months and the third incapacity cause for the general health regime. In 2015 in France they were reported to cost directly more than a billion euros. The aim of the study was to perform an overall situation of the knowledge that link sickness absence and low back pain.

Method :

A systematic literature search, with a quality assessment of studies, by two reviewers using the PRISMA-P method. We entered in PubMed database the following equation : "low back pain" and "sickness absence"

Results :

368 studies were obtained, 113 kept after reading abstract and titles and 67 once we read the full texts. We found numerous factors impacting the initiation of sickness absence for low back pain as well as their duration. Additionally, many studies about the evaluation of different approaches for treatment or prevention were included.

Conclusion :

Fear avoidance beliefs, depression and psychosocial difficulties were found to increase the risk of sickness absence in low back pain and their duration. Some factors like physical activity or early and late work adjustment were found to be protective. About the different treatment approaches, the multidisciplinary ones seemed, even if they were found effective, of use for chronic patients exclusively, as brief intervention with fewer health workers were found to be very effective at lower costs. It might be of use to proceed further evaluation of those brief interventions in France.

Keywords : Low back pain, sickness absence, work loss, fear avoidance belief



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS