

2022-2023

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en Médecine Générale**

# **Les obstacles au maintien en emploi chez les lombalgiques chroniques pour les médecins généralistes**

Synthèse de la littérature

**EPINARD Diane-Rose**

Née le 01/09/1989 à Angers (49)

Sous la direction de Mme le Professeur PETIT Audrey

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président

Madame le Professeur PETIT Audrey | Directrice

Monsieur le Docteur BEGUE Cyril | Membre

Soutenue publiquement le :  
07 avril 2023



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée, Diane-Rose EPINARD  
déclare être pleinement consciente 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'étudiante le **02/03/2023**

# 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 vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	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
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	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	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
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	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	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 Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	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
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
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 biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE 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
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
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
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
<b>ATER</b>		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
<b>AHU</b>		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie



# REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Laurent CONNAN**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

**A Madame le Professeur Audrey PETIT**, pour la confiance accordée en me proposant ce sujet et d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre aide précieuse, votre disponibilité ainsi que les heures consacrées tout au long de ce travail de thèse.

**A Monsieur le Docteur Cyril BEGUE**, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma respectueuse reconnaissance.

**A tous les médecins que j'ai rencontrés durant mon externat et mon internat**, vous avez contribué à faire grandir le médecin que je suis devenue.

**A mes co-internes de Cholet, de Mayenne, du Mans et d'Angers**, merci d'avoir rendu ces semestres mémorables. Je vous souhaite le meilleur pour la suite.

**A mes amies angevines**, à tous ces moments partagés avec vous.

**A mes parents**, merci pour votre amour, votre soutien inconditionnel durant ces longues années d'études. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

**A ma sœur**, Constance, merci pour notre complicité et pour l'importance que tu as dans ma vie. Vivement que tu reviennes dans l'Ouest !

**A ma famille**, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, les moments que je passe avec vous sont toujours précieux.

**A Mamie**, qui veille sur moi de là-haut.

## Liste des abréviations

[illegible]

# **Plan**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

## **RÉSULTATS**

- 1. Facteurs professionnels**
- 2. Facteurs psychosociaux**
- 3. Facteurs économiques**
- 4. Facteurs médicaux**
  - 4.1. Les effets d'interventions médicales sur le maintien en emploi
  - 4.2. Les facteurs intrinsèques aux consultations médicales et à la relation médecin-patient

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

- 1. Rappel des principaux résultats**
- 2. Points forts et limites de l'étude**
- 3. Discussion des résultats**
- 4. Conclusion**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

# Résumé

## Introduction

La lombalgie chronique est un enjeu de santé publique et un motif de consultation récurrent en médecine générale. Les arrêts de travail prolongés pour lombalgie posent un problème pour le retour du travailleur à son activité professionnelle. Cette revue de littérature a pour objectif d'identifier les obstacles au maintien en emploi du patient lombalgique chronique qui doivent être repérés précocement par le médecin généraliste.

## Méthodes

La méthodologie PRISMA a été suivie pour cette étude. Les articles inclus dans cette revue ont été identifiés grâce aux bases de données PubMed, Embase, Google Scholar et Cochrane. Les articles sélectionnés ont été évalués grâce à différents critères (STROBE pour les études descriptives, EPOC pour les essais contrôlés et PRISMA pour les revues de littérature).

## Résultats

Vingt et une études ont été incluses dans cette synthèse de littérature. Les facteurs de risque de non-retour au travail étaient professionnels : travail manuel, exigences de travail élevées, insatisfaction au travail et mauvaise ambiance avec les collègues. Les facteurs psychosociaux étaient représentés principalement par les croyances peur-évitement. Les programmes de réadaptation multidisciplinaire étaient bénéfiques pour le retour au travail. Enfin, la continuité des soins et la coordination entre les professionnels de santé minimisent le risque de désinsertion professionnelle pour le travailleur lombalgique chronique.

## Conclusion

Cette revue a permis de mettre en évidence les obstacles au maintien en emploi des patients lombalgiques chroniques et doit pouvoir permettre aux médecins généralistes de les identifier et de les repérer tout au long du parcours de soin du patient.

# INTRODUCTION

La lombalgie chronique est un enjeu de santé publique puisque son impact économique est majeur, notamment du fait des coûts directs et indirects qu'elle génère et qui sont estimés à 2,7 milliards d'euros par an, représentant 1,5 % de l'ensemble des dépenses de santé annuelles en France (1).

D'après la littérature, plus de la moitié de la population française de 30 à 64 ans aurait souffert de lombalgie au moins un jour au cours des 12 derniers mois et la prévalence de la lombalgie de plus de 30 jours dans les 12 derniers mois est estimée à 17 % (2). De plus, le risque de récurrence voire de chronicisation est notable puisque 73 % des sujets ayant eu un antécédent de lombalgie, auront au moins un deuxième épisode dans les 12 mois suivant le premier et que 7 à 10 % des lombalgies se chronicisent (3).

La question de la santé au travail est fondamentale et devient de plus en plus préoccupante. De nombreux professionnels sont aujourd'hui concernés par des troubles musculo-squelettiques, notamment des lombalgies. Elles sont, en effet, un motif de consultation récurrent en médecine générale et les consultations pour lombalgies débouchent souvent sur un arrêt de travail, qu'il soit initial ou prolongé. Mais les arrêts de travail prolongés posent le problème du maintien en emploi, voire du risque de désinsertion professionnelle. En effet, l'impact social de l'arrêt de travail prolongé pour la lombalgie n'est pas à négliger car il s'accompagne fréquemment d'une perte d'estime de soi et du sentiment d'incapacité à retrouver du travail (4). Ainsi, plus l'arrêt de travail est prolongé, plus le retour au travail est compromis.

Les difficultés pour maintenir en emploi les patients lombalgiques chroniques sont multiples, et le médecin généraliste, étant en première ligne, doit être le mieux placé pour y faire face. Les obstacles au retour au travail peuvent être d'ordre médical (mauvais état général, sévérité de l'incapacité fonctionnelle), psychologique (présence d'une dépression), professionnel (pénibilité au travail, port de charges lourdes, pas de possibilité d'aménagement de poste...) ou encore socio-économique (statut social défavorisé, inadéquation du salaire) (3). De manière plus générale, le maintien en emploi doit être pensé tout au long du parcours professionnel du patient, et pas uniquement lors de l'arrêt de travail (5).

C'est pourquoi la coordination et l'échange d'informations entre les différents professionnels (médecin généraliste, médecin du travail, médecin conseil...) sont essentiels (6) afin d'aider le médecin généraliste à connaître et à repérer les obstacles au retour au travail qui conditionnent les arrêts de travail prolongés et l'aider ainsi à y être plus vigilant.

L'objectif de cette revue de littérature est d'identifier les obstacles au retour au travail et au maintien en emploi chez les patients lombalgiques chroniques en arrêt de travail prolongé. Cette identification permettra au médecin généraliste d'y être attentif afin de prévenir le risque de désinsertion professionnelle.

# MÉTHODES

Il s'agit d'une synthèse de la littérature réalisée grâce à la méthodologie PRISMA.

La recherche bibliographique a porté uniquement sur des articles publiés et a été effectuée à partir des bases de données PubMed, Embase, Google Scholar et Cochrane à l'aide des mots clés suivants : "low back pain" AND "work" AND (general practi\* OR family physician\* OR "primary care"). Le mot clé « obstacles » n'a pas été pris en compte pour la recherche en anglais car cela restreignait trop les résultats. Une recherche en français a également été réalisée via Google Scholar à l'aide des mots clés suivants : (frein OR obstacle) médecin général lombalgie ("retour au travail" OR "retour à l'emploi" OR réadaptation).

Les articles ont été collectés et triés grâce au logiciel Zotero.

Une première sélection des articles a été réalisée à la lecture des titres, les doublons ont ainsi été écartés ; une seconde sélection a été réalisée lors de la lecture des résumés ; une dernière sélection a été réalisée après lecture des textes intégraux.

Les critères d'inclusion des articles étaient :

- les articles traitant des obstacles au maintien en emploi ou de la désinsertion professionnelle des patients lombalgiques chroniques (c'est-à-dire les patients souffrant d'une lombalgie qui évolue depuis plus de trois mois) dans leur objectif principal ou secondaire.
- les articles publiés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 30 juin 2022.
- les articles en langue anglaise ou française.

Les critères d'exclusion des articles étaient :

- les articles traitant d'autres affections que les lombalgies.
- les articles traitant de lombalgie aiguë ou subaiguë.
- les articles n'abordant pas la problématique professionnelle.

Les articles ont été évalués grâce aux critères suivants : la grille STROBE pour les études descriptives, la grille EPOC pour les essais contrôlés et la grille PRISMA pour les revues de littérature.

# RÉSULTATS

Vingt et une études ont été incluses dans cette revue de littérature : treize études descriptives, trois essais contrôlés et cinq revues de littérature.

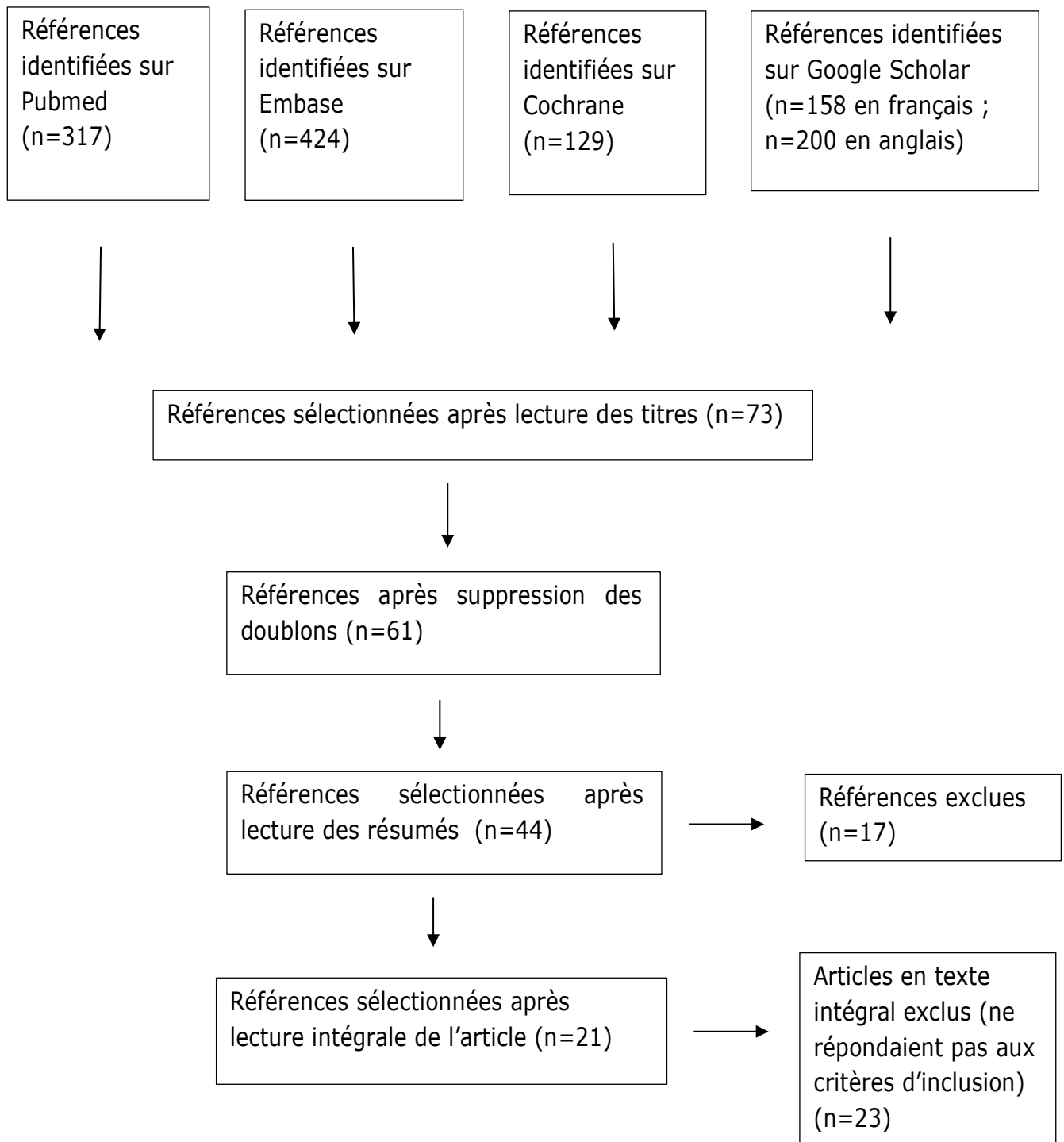


Figure 1 : diagramme de flux de l'étude



Tableau I : Etudes descriptives

Réf.	Titre	Auteur	Pays, date	Objectif principal	Méthode	Résultats principaux	Score
7	A cross-sectional hospital-based study of correlates of disability in patients with chronic low back pain in KwaZulu-Natal, South Africa	Morris Kahere, Themba Ginindza	Afrique du sud, 2022	Déterminer les facteurs liés à l'incapacité fonctionnelle chez les patients lombalgiques chroniques	Questionnaires d'auto évaluation chez 554 patients lombalgiques (ancienne ou actuelle), en milieu hospitalier	Incapacité fonctionnelle liée au type de profession (sédentaire ou manuel) et aux croyances peur évitement liées au travail	86,4%
8	Are Work Demand, Support and Control Associated with Work Ability and Disability during Back Pain Treatment? A Prospective Explorative Study	Monica Unsgaard-Tøndel, Anne Lovise Nordstoga	Norvège, 2022	Évaluer l'association entre les conditions de travail et l'incapacité fonctionnelle au travail chez des patients lombalgiques	Questionnaires chez 41 patients bénéficiant de kinésithérapie pour lombalgie, données recueillies initialement puis à 3 et 9 mois	Incapacité fonctionnelle associée à des exigences professionnelles élevées et un manque de soutien de la part des collègues	72,7%
9	Burnout et lombalgies chroniques liées au travail : l'importance des dimensions interpersonnelles comme facteurs de risque	Margaux Le Borgne, Abdel Halim Boudoukha, Audrey Petit, Yves Roquelaure, Christine Jeoffrion	France, 2019	Évaluer les liens entre burnout, douleur et incapacité chez des travailleurs lombalgiques chroniques	Questionnaires chez 256 patients lombalgiques chroniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensions du burnout corrélées avec intensité douloureuse, répercussions fonctionnelles sur les activités de la vie quotidienne et le travail</li> <li>- Croyances peur-évitement liées au travail corrélées avec les répercussions fonctionnelles sur le travail et les loisirs</li> </ul>	59,1%

10	Effect of Stratified Care for Low Back Pain in Family Practice (IMPACT Back): A Prospective Population-Based Sequential Comparison	Nadine E. Foster et al.	Royaume Uni, 2014	Déterminer les effets de la mise en œuvre d'une prise en charge stratifiée, en fonction des risques pour la lombalgie en médecine familiale, sur le comportement clinique du médecin, les résultats pour les patients et les coûts	Comparaison de deux cohortes distinctes de patients, de manière prospective, dans une première phase (6 mois de soins habituels, 368 patients) puis une seconde phase (12 mois de soins stratifiés, 554 patients)	Diminution du temps moyen d'arrêt de travail de 50 % et réduction de 30% de la proportion de patients ayant reçu un arrêt maladie dans la cohorte post-intervention	90,9%
11	Évaluation à long terme d'un programme de réentraînement à l'effort pour les lombalgies : existe-t-il des facteurs influençant la reprise des activités professionnelles et de loisirs ?	Nathalie Havet et al.	France, 2016	Rechercher les facteurs influençant à long terme le retour à l'activité (professionnelle et de loisirs) des patients lombalgiques chroniques participant à un programme de réentraînement à l'effort	Interrogation de 79 patients lombalgiques qui ont été recontactés de 2 à 10 ans après un programme de réentraînement à l'effort sur leurs activités professionnelles, de loisirs, leurs incapacités et état psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de reprise d'une activité professionnelle à long terme de 86%</li> <li>- Association entre le fait d'occuper un emploi au moment de l'enquête et l'amélioration de l'indice de Québec et de l'échelle HAD en fin de programme</li> <li>- Les patients inactifs sur le plan professionnel à long terme ont des indices d'incapacité de Québec et des scores aux questionnaires FABQ significativement plus élevés que les patients en emploi</li> </ul>	59,1%

12	Evaluation du retour à l'emploi après un programme de réadaptation professionnelle	M. Ben Lahoussine, T. Gouyet	France, 2019	Déterminer le taux de patients en emploi ou en formation à 18 mois de la fin du programme	Contact téléphonique à 6, 12 et 18 mois de 117 patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux de retour en emploi à 18 mois était de 61,1 %</li> <li>- La durée d'arrêt de travail, le fait de ne pas se sentir capable de reprendre un travail, l'âge supérieur à 30 ans, l'arrêt de travail supérieur à 12 mois, le fait d'être adressé par un médecin du travail plutôt qu'un médecin généraliste, et l'IMC supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> étaient associés à un sur-risque de désinsertion professionnelle</li> </ul>	77,3%
13	Low back and neck pain: objective and subjective measures of workplace psychosocial and physical hazards	Jodi Oakman et al.	Australie, 2021	Explorer le rôle de l'activité physique professionnelle, des exigences physiques et des facteurs psychosociaux liés au travail sur la lombalgie et la douleur cou-épaule chez les travailleurs exerçant des professions physiquement exigeantes	Mesure objective de l'activité physique professionnelle et questionnaires chez 331 travailleurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité physique professionnelle non associée à lombalgie</li> <li>- Faible contrôle du travail (peu de compétences requises, faible possibilité de décisions), position assise, exigences physiques associés à la lombalgie</li> </ul>	77,3%

14	Management of chronic low back pain and the impact on patients' personal and professional lives: Results from an international patient survey	Brona Fullen et al.	Irlande, 2022	Étudier l'impact de la lombalgie chronique sur la vie personnelle et professionnelle des patients	Questionnaires chez 9642 patients lombalgiques, divisés en groupes selon la sévérité de la douleur	Les patients souffrant d'une lombalgie sévère ont: plus de jours d'arrêt de travail, plus d'expériences négatives au travail, moins de plaisir, moins de capacité à effectuer des tâches, crainte de perdre leur emploi, contraints à réduire leurs heures de travail (vs patients ayant une lombalgie légère ou modérée)	81,8%
15	Prognostic ability of STarT Back Screening Tool combined with work-related factors in patients with low back pain in primary care: a prospective study	Monica Unsgaard-Tøndel et al.	Norvège, 2021	Tester la capacité pronostique de l'outil de dépistage STarT Back Screening Tool (SBST) pour l'incapacité, l'intensité de la douleur et la qualité de vie après 3 mois de traitement et examiner si l'ajout d'éléments sur la capacité de travail future et actuelle au SBST influence la capacité pronostique	Données recueillies par questionnaires initialement et à 3 mois de suivi auprès de 158 patients lombalgiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus grande incapacité, douleur et moindre qualité de vie pour le groupe à risque moyen/élevé (déterminé par le SBST)</li> <li>- Après avoir ajouté la capacité de travail actuelle au SBST : augmentation de la variance de 60 % pour l'incapacité, 49 % pour l'intensité de la douleur et 47 % pour la qualité de vie liée à la santé</li> </ul>	90,9%

16	Recovering the capability to work among patients with chronic low Back pain after a four-week, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation program: 18-month follow-up study	Maha E. Ibrahim et al.	Suisse, 2019	Évaluer l'effet à long terme d'un programme multidisciplinaire de réadaptation biopsychosociale pour les patients atteints de lombalgie chronique en mettant l'accent sur la récupération de la capacité de travail	Questionnaires chez 201 patients au début et à la fin du programme puis à 6 et 18 mois	78,5% des patients ont récupéré leur aptitude au travail à 18 mois avec des améliorations significativement plus importantes de leur score COMI total, de leur qualité de vie générale et de leur capacité fonctionnelle	86,4%
17	Should General Practitioners Issue a Sick Certificate to Employees Who Consult for Low Back Pain in Primary Care?	M. Lewis et al.	Royaume Uni, 2015	Étudier l'association de l'arrêt de travail pour la lombalgie avec les résultats cliniques et les conséquences financières	Questionnaires et recueil de données de dossiers médicaux de 806 patients lombalgiques (116 qui ont eu un arrêt de travail contre 690 qui n'ont pas d'arrêt de travail)	Incapacité fonctionnelle plus élevée chez les patients ayant reçu un arrêt de travail initialement et à 6 mois mais changements cliniques non statistiquement différents à 6 mois entre les deux groupes d'étude	86,4%
18	The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation	Erik Farin et al.	Allemagne, 2013	Évaluer si la relation médecin-patient a une association statistiquement significative sur la lombalgie après un programme de réadaptation	Suivi de 688 patients lombalgiques	Effet délétère des croyances peur-évitements liées au travail pour la relation médecin-patient	72,7%

19	The Association Between Continuity of Care with a Primary Care Physician and Duration of Work Disability for Low Back Pain: A Retrospective Cohort Study	Luke R Sheehan et al.	Australie, 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les facteurs personnels, professionnels et sociaux associés à la continuité des soins par les médecins généralistes chez les travailleurs lombalgiques</li> <li>- Rechercher si la continuité des soins est associée à la durée des arrêts de travail</li> </ul>	Recueil sur une base de données administrative contenant les demandes d'indemnisation des accidents du travail pour les travailleurs lombalgiques blessés entre juillet 2010 et juin 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une continuité de soins (définie par la proportion de consultations de médecine générale dispensées par le médecin généraliste le plus consulté) plus élevée est associée à: <ul style="list-style-type: none"> <li>*moins de consultations chez le médecin généraliste</li> <li>*un âge plus avancé</li> <li>*un travail de bureau et administratif</li> </ul> </li> <li>- Chez les travailleurs avec plus de deux mois d'arrêt de travail, ceux avec une continuité de soins complète avaient systématiquement des durées d'arrêt de travail plus courtes</li> </ul>	86,4%
----	--	-----------------------	-----------------	--	---	---	-------

Tableau II : Essais contrôlés

Réf.	Titre	Auteur	Pays, date	Objectif principal	Méthode	Résultats principaux	Score
20	Étude de l'efficacité d'un programme de rééducation libéral avec approche pluridisciplinaire dans le retour au travail des lombalgies chroniques	Romain Champagne et al.	France, 2018	Comparer l'efficacité en termes de retour au travail de trois programmes de rééducation de lombalgies chroniques différant par l'intensité de la rééducation et la prise en charge pluridisciplinaire	Randomisation de 449 patients dans 3 programmes différents : - programme pluridisciplinaire de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) - programme de kinésithérapie individuelle active (RIA) - stratégie mixte Suivi pendant 12 mois	- Diminution significative du nombre de jours d'arrêt de travail au cours des 12 mois suivant le traitement dans les trois groupes - Critères physiques significativement améliorés dans les groupes programme RFR et stratégie mixte	37,5%
21	Reduction in sick leave by a workplace educational low back pain intervention: A cluster randomized controlled trial	Eline Ree et al.	Norvège, 2016	Déterminer si une intervention éducative sur la lombalgie en milieu professionnel a un effet sur les arrêts de travail et identifier les prédicteurs possibles de l'effet de l'intervention	Patients divisés en 3 groupes : - réunions éducatives et un soutien par les pairs - réunions éducatives, un soutien par les pairs et l'accès à une clinique externe si nécessaire - un groupe contrôle Les deux groupes d'intervention ont été fusionnés par la suite (n=646) et comparés au groupe témoin (n=211)	- Moins de jours d'arrêt de travail à trois mois et à six mois pour le groupe intervention - Le faible niveau de peur liée à la douleur est un prédicteur de l'effet de l'intervention à 3 mois	37,5%

22	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	Chris Jensen et al.	Danemark, 2012	Étudier la durabilité du retour au travail chez des patients en arrêt de travail dû à une lombalgie	Suivi pendant deux ans de 351 employés lombalgiques affectés au hasard à soit une intervention brève ou soit une intervention multidisciplinaire en milieu hospitalier	Nombre de semaines d'arrêt maladie au cours de la première année significativement plus faible dans le groupe d'intervention brève que dans le groupe d'intervention multidisciplinaire, mais pas significativement différent au cours de la deuxième année	75%
----	--	---------------------	----------------	---	--	---	-----



Tableau III : Revues de littérature

Réf.	Titre	Auteur	Pays, date	Objectif principal	Méthode	Résultats principaux	Score
23	Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review	Reni M. A. van Erp et al.	Pays Bas, 2019	Analyser les données sur l'efficacité des interventions biopsychosociales multidisciplinaires en soins primaires pour améliorer l'incapacité fonctionnelle, la douleur et le statut professionnel des patients lombalgiques chroniques	Sélection d'articles étudiant des interventions biopsychosociales chez des patients lombalgiques chroniques, sur différentes bases de données, à l'aide de la méthodologie PRISMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune différence entre les groupes intervention biopsychosociale vs éducation thérapeutique en termes d'arrêts de travail</li> <li>- Probabilité 2,95 fois plus faible d'avoir un arrêt de travail pour les patients de l'intervention biopsychosociale par rapport aux patients bénéficiant d'une thérapie par l'activité physique</li> </ul>	77,8%
24	Incapacité de travail prolongée. Revue des facteurs de risque professionnels et des stratégies d'intervention	P.R. Somville, P. Mairiaux	Belgique, 2015	Disposer d'un état des connaissances actualisé pour développer des initiatives de prévention des incapacités de longue durée et de promotion du retour au travail	Revue de la littérature réalisée à partir de la base de données Medline sur des articles publiés entre 2001 et 2011	Pour la lombalgie chronique, les facteurs de risque d'incapacité de longue durée sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- phénomènes de peur-évitement</li> <li>- perception de la probabilité de reprise du travail qu'a le travailleur lui-même</li> <li>- satisfaction au travail (moyenne à faible)</li> <li>- faible soutien social</li> <li>- manque de contrôle et importance des demandes liées au travail</li> </ul>	37%

25	Pre-employment examination for low back risk in workers exposed to manual handling of loads: French guidelines	A. Petit et al.	France, 2016	Résumer les principales recommandations de bonnes pratiques de la Société française de médecine du travail pour l'examen d'embauche chez les travailleurs exposés à la manutention manuelle de charges	Recommandations basées sur une recherche systématique de la littérature entre 1990 et 2012 dans plusieurs bases de données, selon les recommandations de pratiques cliniques proposées par la HAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de contre-indication médicale à l'embauche pour un emploi associé à un faible risque dorsal sur la base d'un antécédent de lombalgie « simple » non spécifique</li> <li>- L'examen préalable à l'embauche est l'occasion de délivrer des informations concernant les risques liés au travail, leur prévention et le suivi médical éventuel. Il permet aussi de dispenser des informations concernant le diagnostic, la gestion et le pronostic de la lombalgie et d'agir sur les peurs et les croyances</li> <li>- Facteurs susceptibles d'être associés à une future lombalgie et à l'absentéisme : antécédents de lombalgie, sciatique associée, antécédent de chirurgie lombaire, arrêt prolongé pour lombalgie.</li> <li>- Nécessité d'évaluer le risque de lombalgie chez les travailleurs ayant des antécédents de lombalgie « sévère »</li> </ul>	37%
----	--	-----------------	--------------	--	---	---	-----

26	Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus	A. Petit et al.	France, 2015	Synthétiser les référentiels de bonnes pratiques concernant la visite de pré-reprise du travail proposés par la Société française de médecine du travail (SFMT) et la Haute Autorité de Santé (HAS), publiés en octobre 2013	Référentiel de bonnes pratiques élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire et indépendant (24 experts) et un comité de pairs (50 experts) sur la base d'une revue de la littérature de 1990 à 2012, selon la méthodologie HAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation de pré-reprise peut être demandée par le travailleur quelques soit la durée de l'arrêt de travail</li> <li>- Rassurer sur les risques et la prise en charge de la lombalgie</li> <li>- Évaluer les facteurs pronostiques d'incapacité prolongée en relation avec la lombalgie et ses conséquences physiques, sociales et professionnelles</li> <li>- Favoriser le maintien dans l'emploi en prenant en compte tous les aspects médicaux, sociaux et professionnels de la situation et assurer une bonne coordination entre les différents acteurs</li> </ul>	44,4%
27	The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review	B. Darlow et al.	Nouvelle Zélande, 2012	Etudier l'association entre les attitudes et les croyances des professionnels de santé et les attitudes et les croyances des patients lombalgiques et leur prise en charge clinique	Revue de littérature entre 1990 et 2010 sur différentes bases de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveaux élevés de croyances peur-évitement chez les professionnels de santé associés à des niveaux élevés de croyances peur-évitement chez leurs patients et à la prescription d'arrêts de travail</li> <li>- Les professionnels de santé ayant une</li> </ul>	66,7%

						orientation biomédicale ou des croyances peur- évitement élevées sont plus susceptibles de conseiller aux patients de limiter le travail et les activités physiques	
--	--	--	--	--	--	---	--

## 1. Facteurs professionnels

Un étude dont l'objectif était d'évaluer les facteurs liés à l'incapacité fonctionnelle à travers des auto questionnaires (notamment le questionnaire Oswestry low back pain disability) a montré que le travail manuel était significativement associé à une plus grande incapacité au travail par rapport au travail sédentaire (7).

Des exigences de travail élevées et un manque de soutien de la part des collègues étaient associés à une capacité de travail réduite et à une augmentation de l'incapacité fonctionnelle au travail. De plus, ne pas s'entendre avec ses collègues était associé à une incapacité fonctionnelle accrue (8).

Les patients souffrant d'une lombalgie sévère avaient plus d'arrêts de travail que les patients ayant une lombalgie légère ou modérée, ils avaient également plus d'expériences négatives au travail, prenaient moins de plaisir, avaient moins de capacité à effectuer des tâches et avaient une plus grande crainte de perdre leur emploi. Globalement, les patients lombalgiques chroniques ne se sentaient pas épanouis dans leur travail et ne se sentaient pas valorisés par leur employeur (14).

Jodi Oakman et al. ont déterminé que l'activité physique professionnelle n'était pas associée à la lombalgie alors que le faible contrôle sur le travail (peu de compétences requises, faible latitude décisionnelle), ainsi que la position assise prolongée et les exigences physiques étaient associés à la lombalgie (13).

Une intervention éducative sur la lombalgie en milieu professionnel a permis de diminuer le nombre de jours d'arrêt de travail ainsi que le niveau de peur liée à la douleur, ce qui souligne le fait que l'éducation du patient est fondamentale (21).

Une revue de littérature a montré que dans le cadre de la lombalgie chronique, les phénomènes de peur-évitement, la perception négative du travailleur sur sa capacité à la reprise du travail, la satisfaction au travail (moyenne à faible), le faible soutien social, le manque de contrôle et l'importance des demandes liées au travail étaient associés à un risque d'incapacité prolongée au travail (24).

## 2. Facteurs psychosociaux

M. Kahere et T. Ginindza ont démontré que les croyances peur-évitement concernant le travail (les croyances selon lesquelles le travail cause ou intensifie la douleur et que la douleur entraîne des difficultés à travailler) étaient associées de manière significative à une plus grande incapacité fonctionnelle (7).

Une étude française a mis en avant que les croyances et le burnout seraient des facteurs de risque de douleurs et d'incapacité liées à la lombalgie chronique. En effet, les croyances peur-évitement liées au travail étaient corrélées avec les répercussions fonctionnelles sur le travail et les loisirs et avaient un poids important sur l'intensité douloureuse. Les différentes dimensions du burnout (épuisement émotionnel notamment) étaient associées à l'intensité douloureuse ainsi qu'aux répercussions fonctionnelles sur les activités de la vie quotidienne et le travail (9).

Une revue de littérature de 2019 a cherché à déterminer les effets d'une intervention biopsychosociale par rapport à d'autres thérapies plus classiques. L'intervention biopsychosociale était définie comme une intervention à plusieurs composantes comprenant au moins une composante « biologique » (composantes physiques, physiologie de la douleur...) et une composante psychologique ou composante sociale. Ainsi, une des études n'a démontré aucune différence au niveau des arrêts de travail entre les groupes de patients ayant eu une intervention biopsychosociale et les patients ayant eu seulement une éducation thérapeutique. Il y avait en revanche, dans une autre étude, une probabilité plus faible d'avoir un arrêt de travail pour les patients de l'intervention biopsychosociale par rapport aux patients bénéficiant d'une thérapie par l'activité physique (23).

## 3. Facteurs économiques

En 2014, une étude britannique avait pour objectif de déterminer les effets d'une prise en charge stratifiée en fonction du risque de lombalgie dans une population de patients lombalgiques suivis par leur médecin généraliste (en comparaison à une prise en charge classique). Ainsi, dans la cohorte de

patients suivis avec une prise en charge stratifiée, en plus du temps moyen d'arrêt de travail qui était réduit de 50 % et la proportion de patients ayant reçu un arrêt maladie qui était 30 % inférieure, les coûts indirects associés aux arrêts de travail liées à la lombalgie étaient évalués à une économie moyenne de 400 £ par patient travailleur sur 6 mois (10).

La lombalgie chronique a un impact économique significatif. En effet, M. Lewis et al. ont montré que la différence moyenne des coûts dus à l'absentéisme sur 6 mois était de 1 956 £ dans le cadre d'un arrêt de travail pour lombalgie (17).

## **4. Facteurs médicaux**

### **4.1. Les effets d'interventions médicales sur le maintien en emploi**

Une étude française a comparé l'efficacité de trois programmes de rééducation différents chez des lombalgiques chroniques vis-à-vis du retour au travail :

- un programme pluridisciplinaire de restauration fonctionnelle du rachis (RFR), comprenant six heures en centre de rééducation par jour durant cinq jours par semaine,
- un programme comportant de la kinésithérapie trois fois par semaine et des exercices d'auto-rééducation,
- la stratégie mixte comprenant une journée par semaine en centre de rééducation associée à de la kinésithérapie et des exercices d'auto-rééducation.

Il a été démontré une diminution significative du nombre de jours d'arrêt de travail au cours des 12 mois suivant le traitement dans les trois groupes. Les critères secondaires (distance doigts-sol, test de Sorensen et d'Ito, l'auto questionnaire de Dallas, le questionnaire FABQ, l'échelle HAD et le questionnaire SF-36) étaient significativement améliorés dans les groupes RFR et stratégie mixte (20).

Une étude évaluant les facteurs influençant le retour au travail après un programme de réentraînement à l'effort a permis de mettre en évidence une association entre le fait d'occuper un emploi au moment de l'enquête et l'amélioration de l'indice de Québec et de l'échelle HAD en fin de programme. Les patients inactifs sur le plan professionnel à long terme présentaient des indices d'incapacité de Québec et des scores aux questionnaires FABQ significativement plus élevés que les patients en emploi (11).

Une étude de 2018 visant à évaluer le retour en emploi de patients lombalgiques suite à un programme de réadaptation professionnelle a permis de démontrer que le taux de retour en emploi à 18 mois était de 61,1 %. La durée d'arrêt de travail, le fait de ne pas se sentir capable de reprendre un travail, l'âge supérieur à 30 ans, l'arrêt de travail supérieur à 12 mois, le fait d'être adressé par un médecin du travail plutôt qu'un médecin généraliste, et l'IMC supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup> étaient associés à un sur-risque de désinsertion professionnelle (12).

Suite à un programme multidisciplinaire de réadaptation biopsychosociale incluant des thérapies physiques, professionnelles et des conseils psychologiques, 78,5 % des patients avaient récupéré leur aptitude au travail à 18 mois en s'appuyant sur des améliorations plus importantes de leur score COMI (Core Outcome Measures Index) total, de leur qualité de vie générale et de leur capacité fonctionnelle basée sur le test ODI (Oswestry Disability Index) (16).

## **4.2. Les facteurs intrinsèques aux consultations médicales et à la relation médecin-patient**

Dans une étude visant à déterminer l'impact de la continuité des soins par le médecin généraliste chez des patients lombalgiques, une continuité de soins plus élevée (définie par la proportion de consultations de médecine générale dispensées par le médecin généraliste le plus consulté) était associée à moins de consultations chez le médecin généraliste, à un âge plus avancé, à un travail de bureau et administratif. Parmi les travailleurs en arrêt de travail depuis plus de deux mois, ceux qui



avaient bénéficié d'une continuité de soins complète avaient systématiquement des durées d'arrêt de travail plus courtes (19).

Une étude britannique évaluant les effets de la délivrance d'un arrêt de travail sur les résultats cliniques à 6 mois a montré que les patients ayant bénéficié d'un arrêt de travail présentaient une incapacité fonctionnelle (notamment sur le Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ)) plus élevée lors de la consultation de référence et du suivi à 6 mois, comparé aux patients n'ayant pas d'arrêt de travail. Par contre, les changements dans les résultats cliniques à 6 mois n'étaient pas significativement différents entre les groupes d'étude (17).

Les résultats d'une revue de littérature de 2012 ont démontré que les croyances des professionnels de la santé concernant la lombalgie influençaient les croyances de leurs patients. En effet, des niveaux élevés de croyances peur-évitement chez les professionnels de santé étaient associés à des niveaux élevés de croyances peur-évitement chez leurs patients et corrélés à une plus grande prescription d'arrêts de travail. Les professionnels de santé ayant une orientation biomédicale ou des croyances peur-évitement élevées étaient plus susceptibles de conseiller aux patients de limiter le travail et les activités physiques (27). Un résultat similaire est retrouvé dans une étude évaluant les facteurs liés à la relation médecin-patient : l'influence des croyances peur-évitement liées au travail semblait desservir une bonne relation médecin-patient (18).

Une revue de littérature a rappelé les principales recommandations de bonnes pratiques de la Société française de médecine du travail pour l'examen d'embauche chez les travailleurs exposés à la manutention manuelle de charges :

- Il n'y a pas de contre-indication médicale à l'embauche pour un emploi associé à un faible risque dorsal sur la base d'un antécédent de lombalgie « simple » non spécifique.

- L'examen préalable à l'embauche est l'occasion de délivrer des informations concernant les risques liés au travail, leur prévention et le suivi médical éventuel ainsi que des informations concernant le diagnostic, la gestion et le pronostic de la lombalgie et d'agir sur les peurs et les croyances.
- Les facteurs susceptibles d'être associés à une future lombalgie et à l'absentéisme sont les antécédents de lombalgie, une sciatique associée, un antécédent de chirurgie lombaire et un arrêt de travail prolongé pour lombalgie (25).

Une seconde revue de littérature a permis de résumer toutes les recommandations de bonnes pratiques concernant la visite de pré-reprise par le médecin du travail chez les lombalgiques chroniques. Le travailleur lombalgique doit être informé qu'il peut bénéficier d'une visite de pré reprise quelle que soit la durée de son arrêt de travail. Cette consultation est l'occasion de rassurer le patient sur sa lombalgie et de lutter contre les représentations individuelles que peut se faire le patient de la maladie et qui peuvent jouer un rôle dans l'incapacité prolongée liée à la lombalgie.

Le médecin doit être également rassurant quant au pronostic de la lombalgie, rappelant que les épisodes douloureux sont fréquemment récurrents et inciter le patient à maintenir ses activités physiques autant que possible. L'impact de la lombalgie sur la situation professionnelle est à rechercher afin de déterminer si une modification ou un aménagement est nécessaire.

Les obstacles au retour au travail sont plus liés au contexte de la lombalgie qu'à la lombalgie elle-même, ce contexte étant intégré au modèle biopsychosocial (facteurs liés au patient, au système de travail, au système de santé et au système de compensation financière).

Tous ces facteurs sont regroupés en facteurs pronostiques sous forme de « drapeaux » :

- les facteurs liés aux représentations perçues du travail et de l'environnement par le travailleur (« drapeaux bleus »),
- les facteurs liés à la politique de l'entreprise, aux systèmes de soins et à l'assurance maladie (« drapeaux noirs »),
- les facteurs psychologiques et comportementaux (« drapeaux jaunes »),
- les symptômes cliniques de sévérité de la lombalgie (« drapeaux rouges »).

Pour un retour au travail réussi, il est nécessaire d'évaluer l'impact de la lombalgie sur l'emploi du patient et donc sa capacité à reprendre le travail et les facteurs d'incapacité : contraintes physiques, qualité des relations avec les collègues, conditions sociales, croyances liées à la douleur. Il n'est pas nécessaire d'attendre la disparition complète de la douleur, un retour au travail précoce améliore le pronostic (26).

Par ailleurs, la coordination des soins est bénéfique pour le retour au travail du patient lombalgique. Le partenariat entre les différents acteurs de la prise en charge du patient et la visite de pré-reprise favorise cette collaboration. Le premier acteur est d'ailleurs le patient lui-même qui doit participer activement au processus de maintien en emploi (26).

La communication entre les acteurs du retour au travail (les cliniciens, les médecins du travail, l'employeur, le système d'assurance et le travailleur lui-même) est un facteur non négligeable pour favoriser le retour au travail et le maintien en emploi du travailleur (24).

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Rappel des principaux résultats

Cette revue de littérature a permis d'évaluer les multiples obstacles au maintien en emploi chez les lombalgiques chroniques, qu'ils soient professionnels, psychosociaux, économiques ou médicaux.

Les facteurs de risque récurrents au non-retour au travail étaient principalement les fortes exigences et l'insatisfaction au travail, les croyances peur-évitement et l'anxiété liée à la lombalgie. La réadaptation fonctionnelle et professionnelle, la continuité des soins, une relation de confiance médecin patient et la coordination entre les différents professionnels de soins étaient, en revanche, des facteurs protecteurs.

Ces facteurs sont fondamentaux à identifier pour le médecin généraliste qui est en première ligne pour la délivrance des arrêts de travail mais aussi pour la prévention du risque de désinsertion professionnelle tout au long du parcours de soin du travailleur lombalgique.

La lombalgie chronique, étant la première cause d'invalidité avant 45 ans, s'avère être un problème croissant dans notre pays. La prise en charge du patient par le médecin généraliste doit être multidimensionnelle en s'appuyant notamment sur le modèle biopsychosocial et le patient doit être le premier impliqué dans sa prise en charge (26).

## 2. Points forts et limites de l'étude

Cette revue de littérature a été rédigée selon la méthodologie PRISMA en tentant le plus possible de respecter chaque critère. De même, les méthodologies des études ont été évaluées grâce à différents critères, ce qui a donné lieu à un score en fonction des critères respectés pour chaque étude. Les études sélectionnées avaient donc un niveau de preuve plus ou moins fort, qui est notifié dans les tableaux I, II et III.

Au vu du nombre de résultats de la recherche bibliographique, cette revue de littérature n'avait pas pour ambition d'être exhaustive mais de réaliser une synthèse de la bibliographie sur ces dix dernières

années. En effet, la totalité des articles trouvés grâce à la recherche de mots clés en anglais sur Google Scholar n'a pas pu être analysée, mais cela a pu être possible sur les autres bases de données.

### **3. Discussion des résultats**

Les facteurs professionnels sont, sans surprise, au premier plan. De fortes exigences physiques au travail, le travail manuel, le port de charges lourdes ainsi que la mauvaise ambiance et les expériences négatives entraînent un plus grand risque d'arrêt de travail. D'autres facteurs similaires sont retrouvés dans une revue de littérature de 2004 comme la mauvaise entente avec les collègues, l'insatisfaction au travail et l'inadéquation du salaire mais aussi la multiplicité des arrêts de travail, l'impossibilité de faire des pauses, l'ancienneté et la charge élevée de travail auto évaluée qui favorisent le risque de désinsertion professionnelle. Cette étude a montré également que le mauvais état général, l'âge élevé ainsi que la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la sévérité de la douleur et la présence d'une sciatique étaient des facteurs de risque de non-retour au travail (3).

Les facteurs psychosociaux ne sont pas à sous-estimer, les croyances peur-évitement reviennent comme un facteur majeur d'absentéisme au travail à travers les études, ce qui crée un cercle vicieux : le patient lombalgique craint que le travail majore sa douleur mais également que la douleur l'empêche de se remettre au travail. Une autre étude met en évidence que les croyances sont associées à l'incapacité fonctionnelle et au handicap liés à la lombalgie chronique, et que cela influence les tâches physiques et favorise l'incapacité au travail à long terme. En effet, les peurs, croyances et attitudes d'évitement chez les patients ou les professionnels de santé ont un effet négatif sur l'évolution de la lombalgie en augmentant les délais de guérison. Cette étude montre également que les croyances restent persistantes même après un programme de rééducation ayant entraîné une diminution des douleurs. Elles sont à prendre en compte dans la thérapeutique de la lombalgie chronique en informant et en désensibilisant le patient aux peurs et à la douleur (28).

Une autre revue de littérature retrouvait comme facteur de risque de non-retour au travail un score de personnalité plus élevé, évalué par la version abrégée du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) qui évalue le niveau d'hystérie, de dépression et d'hypochondrie (3).

F. Genet et al. ont démontré, une fois de plus, que les facteurs psychocomportementaux sont plus handicapants que la douleur, en effet, l'intensité douloureuse est faiblement corrélée au questionnaire FABQ. Cette appréhension aux activités physiques et professionnelles aboutit à des conduites d'évitement voire un syndrome de déconditionnement (29).

Les facteurs médicaux représentent aussi une part importante dans la stratégie pour le maintien en emploi des lombalgiques chroniques. Plusieurs interventions médicales ont été décrites dans les études sélectionnées. Ces interventions ont permis de mettre en évidence l'importance de la rééducation fonctionnelle, tant sur la lombalgie en elle-même que sur la santé psychologique et la confiance en soi des patients lombalgiques chroniques grâce à divers questionnaires et échelles. Ceci a également pu être étudié par L. Bontoux et al. qui ont évalué à un an l'efficacité d'un programme de reconditionnement à l'effort ainsi qu'une action ergonomique en entreprise pour les lombalgiques chroniques. Ainsi, 91 % des patients lombalgiques sont retournés au travail immédiatement après le stage et la durée annuelle moyenne des arrêts de travail a pu être diminuée de 60 %. Dans cette même étude, les facteurs prédictifs de la présence au travail à un an ont également été analysés et cette présence était plus faible en cas de score de Dallas élevé, il en était de même quand la durée des arrêts de travail l'année précédant le stage était supérieure à 6 mois (30).

Certaines études ont permis de mettre l'accent sur l'importance de la coordination et la communication entre les différents acteurs qui jouent un rôle dans le maintien en emploi du travailleur, notamment avec la visite de pré-reprise du médecin du travail. Une étude visant à déterminer les pratiques et les perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi en région PACA a montré à travers des entretiens, qu'il ressort un consensus sur la nécessité de travailler en partenariat et que cela favorise la réussite des démarches. Malheureusement, il s'agit souvent d'échanges informels qui ne satisfont pas tous les professionnels de santé impliqués (31). D'autres études ont démontré, par ailleurs, que la relation de confiance médecin-patient est bénéfique au maintien en emploi des

lombalgiques chroniques. En effet, il est fondamental que le médecin généraliste et le patient aient des objectifs thérapeutiques communs en fonction des attentes et des besoins du patient, le thérapeute n'est pas celui qui donne la solution mais celui qui soutient et encourage la réalisation de ces objectifs. Le médecin doit aider le patient à trouver des stratégies d'adaptation et renforcer ses capacités de « coping » (faire avec) afin de limiter l'impact et de mieux vivre la douleur chronique (32).

## 4. Conclusion

Les obstacles au maintien en emploi des patients lombalgiques chroniques mis en évidence dans cette revue de littérature doivent pouvoir permettre aux médecins généralistes de les identifier et de les repérer précocement afin de mieux prendre en charge ces patients et de prescrire des arrêts de travail de manière raisonnée tout en favorisant la collaboration avec les autres acteurs de la prévention du risque de désinsertion professionnelle.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fassier, J. B. (2011). Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme*, 78, S38-S41. [https://doi.org/10.1016/s1169-8330\(11\)70007-2](https://doi.org/10.1016/s1169-8330(11)70007-2)
2. Gourmelen, J., Chastang, J. F., Ozguler, A., Lanoë, J. L., Ravaud, J. F., & Leclerc, A. (2007). Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(8), 633-639. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2007.05.008>
3. Fayad, F., Lefevre-Colau, M., Poiraudau, S., Fermanian, J., Rannou, F., Wlodyka Demaille, S., Benyahya, R., & Revel, M. (2004). Chronicité, récidence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47(4), 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2004.01.005>
4. Bailly, F., Foltz, V., Rozenberg, S., Fautrel, B., & Gossec, L. (2015). Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Revue du Rhumatisme*, 82(6), 396-401. <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2015.08.005>
5. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, HAS. Février 2019.
6. Wacheux, F., & Asmar, M. K. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence Internationale en Management*, 57-75.
7. Kahere, M., & Ginindza, T. (2022). A cross-sectional hospital-based study of correlates of disability in patients with chronic low back pain in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05397-4>
8. Unsgaard-Tøndel, M., & Nordstoga, A. L. (2022). Are Work Demand, Support and Control Associated with Work Ability and Disability during Back Pain Treatment? A Prospective Explorative Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3154. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063154>



9. Le Borgne, M., Boudoukha, A. H., Petit, A., Roquelaure, Y., & Jeoffrion, C. (2019). Burnout et lombalgies chroniques liées au travail : l'importance des dimensions interpersonnelles comme facteurs de risque. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(3), 243-249. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.015>
10. Foster, N. E., Mullis, R., Hill, J. C., Lewis, M., Whitehurst, D. G., Doyle, C., Konstantinou, K., Main, C., Somerville, S., Sowden, G., Wathall, S., Young, J., Hay, E. M., & IMPaCT Back Study team (2014). Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPaCT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Annals of family medicine*, 12(2), 102-111. <https://doi.org/10.1370/afm.1625>
11. Havet, N., Rulliere, J. L., Nechba, A., Amaz, C., Volckmann, P., Chaleat-Valayer, E., & Le Blay, G. (2016). Évaluation à long terme d'un programme de réentraînement à l'effort pour les lombalgies : existe-t-il des facteurs influençant la reprise des activités professionnelles et de loisirs ? *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 17(1), 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2015.12.006>
12. Ben Lahoussine, M., & Gouyet, T. (2019). Évaluation du retour à l'emploi après un programme de réadaptation professionnelle. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 80(1), 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.10.006>
13. Oakman, J., Ketels, M., & Clays, E. (2021). Low back and neck pain: objective and subjective measures of workplace psychosocial and physical hazards. *International archives of occupational and environmental health*, 94(7), 1637-1644. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01707-w>
14. Fullen, B., Morlion, B., Linton, S. J., Roomes, D., van Griensven, J., Abraham, L., Beck, C., Wilhelm, S., Constantinescu, C., & Perrot, S. (2022). Management of chronic low back pain and the impact on patients' personal and professional lives: Results from an international patient survey. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, 22(4), 463-477. <https://doi.org/10.1111/papr.13103>
15. Unsgaard-Tøndel, M., Vasseljen, O., Nilsen, T. I. L., Myhre, G., Robinson, H. S., & Meisingset, I. (2021). Prognostic ability of STarT Back Screening Tool combined with work-related factors in patients with low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ open*, 11(6), e046446. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046446>

16. Ibrahim, M. E., Weber, K., Courvoisier, D. S., & Genevay, S. (2019). Recovering the capability to work among patients with chronic low Back pain after a four-week, multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation program: 18-month follow-up study. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2831-6>
17. Lewis, M., Wynne-Jones, G., Barton, P., Whitehurst, D. G., Wathall, S., Foster, N. E., Hay, E. M., & van der Windt, D. (2015). Should General Practitioners Issue a Sick Certificate to Employees Who Consult for Low Back Pain in Primary Care? *Journal of occupational rehabilitation*, 25(3), 577–588. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9564-z>
18. Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2013). The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of behavioral medicine*, 36(3), 246–258. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9419-z>
19. Sheehan, L. R., Di Donato, M., Gray, S. E., Lane, T. J., van Vreden, C., & Collie, A. (2022). The Association Between Continuity of Care with a Primary Care Physician and Duration of Work Disability for Low Back Pain: A Retrospective Cohort Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 64(10), e606–e612. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002643>
20. Champagne, R., Ronzi, Y., Roche-Leboucher, G., Bègue, C., Dubus, V., Bontoux, L., Roquelaure, Y., Richard, I., & Petit, A. (2018). Étude de l'efficacité d'un programme de rééducation libéral avec approche pluridisciplinaire dans le retour au travail des lombalgiques chroniques. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 19(2), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2018.02.005>
21. Ree, E., Lie, S. A., Eriksen, H. R., Malterud, K., Indahl, A., Samdal, O., & Harris, A. (2016). Reduction in sick leave by a workplace educational low back pain intervention: A cluster randomized controlled trial. *Scandinavian journal of public health*, 44(6), 571–579. <https://doi.org/10.1177/1403494816653854>
22. Jensen, C., Jensen, O. K., & Nielsen, C. V. (2012). 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 musculoskeletal disorders*, 13, 156. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-156>

23. van Erp, R. M. A., Huijnen, I. P. J., Jakobs, M. L. G., Kleijnen, J., & Smeets, R. J. E. M. (2019). Effectiveness of Primary Care Interventions Using a Biopsychosocial Approach in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*, 19(2), 224–241. <https://doi.org/10.1111/papr.12735>
24. Somville, P., & Mairiaux, P. (2015). Incapacité de travail prolongée. Revue des facteurs de risque professionnels et des stratégies d'intervention. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 76(5), 458-467. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2015.03.005>
25. Petit, A., Rousseau, S., Huez, J. F., Mairiaux, P., & Roquelaure, Y. (2016). Pre-employment examination for low back risk in workers exposed to manual handling of loads: French guidelines. *International archives of occupational and environmental health*, 89(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s00420-015-1040-3>
26. Petit, A., Rozenberg, S., Fassier, J. B., Rousseau, S., Mairiaux, P., & Roquelaure, Y. (2015). Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 58(5), 298–304. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2015.08.001>
27. Darlow, B., Fullen, B. M., Dean, S., Hurley, D. A., Baxter, G. D., & Dowell, A. (2012). The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *European journal of pain (London, England)*, 16(1), 3–17. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>
28. Palazzo, C., Rannou, F., & Poiraudau, S. (2014). Peurs, croyances et attitudes d'évitement au cours de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 81(1), 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2013.10.001>
29. Genêt, F., Lapeyre, E., Schnitzler, A., Hausseguy, A., D'Apolito, A. C., Lafaye de Michaux, R., Regrain, E., Revel, M., & Poiraudau, S. (2006). Évaluation psychocomportementale dans la lombalgie chronique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 49(5), 226-233. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2006.03.002>

30. L. Bontoux, Y. Roquelaure, C. Billabert, V. Dubus, P.O. Sancho, D. Colin, L. Bami, S. Moisan, S. Fanello, D. Penneau-Fontbonne, I. Richard (2004). Étude du devenir à un an de lombalgies chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique. Recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47 (8), 563-572, ISSN 0168-6054.  
<https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2004.03.006>
31. Saliba, M. L., Arnaud, S., Souville, M., Viau, A., François, G., & Verger, P. (2013). Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61(2), 172-179.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2012.09.003>
32. Rueff-Cacitti, K., Steiner, A., Sacroug, T., Bovier, P., A. (2007), Lombalgie et médecin généraliste: des soins de premier et de dernier recours, *Rev Med Suisse*, -7, no. 126, 2152-2156.

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 ..... 16

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I.....	17
Tableau II .....	23
Tableau III .....	25

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	13
MÉTHODES .....	15
RÉSULTATS.....	16
1. Facteurs professionnels .....	29
2. Facteurs psychosociaux .....	30
3. Facteurs économiques.....	30
4. Facteurs médicaux .....	31
4.1. Les effets d'interventions médicales sur le maintien en emploi .....	31
4.2. Les facteurs intrinsèques aux consultations médicales et à la relation médecin-patient .....	32
DISCUSSION ET CONCLUSION .....	36
1. Rappel des principaux résultats .....	36
2. Points forts et limites de l'étude .....	36
3. Discussion des résultats.....	37
4. Conclusion .....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40
LISTE DES FIGURES .....	45
LISTE DES TABLEAUX.....	46
TABLE DES MATIERES .....	47
ANNEXES .....	I

# ANNEXES

## Annexe 1 : Critères STROBE

Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE.

	Item N°	Recommandation
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
<b>Introduction</b>		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori
<b>Méthodes</b>		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	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 de sélection 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 de sélection 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
Variables	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
Sources de données/mesures	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 sujets 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
Analyses statistiques	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
<b>Résultats</b>		
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 – Rapporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés Étude transversale – Rapporter 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
<b>Discussion</b>		
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
<b>Autre information</b>		
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



## Annexe 2 : Score des études observationnelles selon les critères STROBE

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Item 1	x	x		x	x	x			x	x	x		x
Item 2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 3	x	x	x	x					x			x	x
Item 4	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 5	x			x	x	x	x	x	x	x	x		x
Item 6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 7	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Item 8	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 9													
Item 10	x							x					
Item 11	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 12	x		x	x			x	x	x	x	x	x	x
Item 13				x		x		x	x	x	x		
Item 14				x		x	x	x	x	x	x		x
Item 15	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 16	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Item 17	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 18	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 19	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x
Item 20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 21	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Item 22	x	x		x			x	x	x	x	x	x	x
	19/22 = 86,4%	16/22 = 72,7%	13/22 =59,1%	20/22 = 90,9%	13/22 = 59,1%	17/22 = 77,3%	17/22 = 77,3%	18/22 = 81,8%	20/22 = 90,9%	19/22 = 86,4%	19/22 = 86,4%	16/22 = 72,7%	19/22 = 86,4%

## Annexe 3 : Critères EPOC

**Suggestion des risques de biais pour les revues EPOC. Risques de biais concernant les études avec groupe contrôle (essais randomisés et études avant-après). Traduction libre à partir de Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews, du groupe EPOC [2]**

### **Le processus d'allocation était-il correct ?**

Faible risque : si un processus de randomisation est décrit.

Haut risque : si une méthode non aléatoire est utilisée. Les essais avant-après sont à haut risque.

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 jugement 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 différence importante 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 bases des critères de jugement ne sont pas mesurés.

### **Les caractéristiques de base 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 de santé des groupes contrôle 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 : s'il est peu vraisemblable que les données manquantes faussent les résultats (proportions similaires dans les groupe intervention et contrôle, ou faible proportion de données manquantes).

Haut risque : si les données manquantes peuvent fausser les résultats.

Risque incertain : si non spécifié. Ne pas présumer 100 % de suivi si ce n'est pas explicité.

### **La connaissance de la répartition des sujets dans les groupes a-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 contrôle 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'élément faisant suspecter un report sélectif des critères de jugement, c'est-à-dire si tous les critères de jugement présents dans la partie « méthodes » sont reportés dans la partie « résultats ».

Haut risque : si des critères de jugement importants ne sont pas présentés dans la partie « résultats ».

Risque incertain : si non spécifié.

#### Annexe 4 : Score des essais contrôlés selon les critères EPOC

	20	21	22
Item 1		x	x
Item 2			
Item 3		x	x
Item 4	x		
Item 5			x
Item 6			x
Item 7	x		x
Item 8	x	x	x
	3/8 = 37,5%	3/8 = 37,5%	6/8 = 75%

L'item était coché seulement si le risque de biais était faible.

## Annexe 5 : Critères PRISMA

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle PRISMA 2009.			
Section/sujet	N°	Critères de contrôle	Page N°
<b>TITRE</b>			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
<b>RÉSUMÉ</b>			
Résumé structuré	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.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude ( <i>PICOS</i> <sup>a</sup> ).	
<b>MÉTHODE</b>			
Protocole et 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.	
Critères 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.	
Sources 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 chacune des études	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 : <i>risk ratio</i> , 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).	
Analyses complémentaires	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 <i>a priori</i> .	
<b>RÉSULTATS</b>			
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.	
Caractéristiques 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 relatif 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).	
Résultats 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 ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt ( <i>forest plot</i> ).	
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]).	
<b>DISCUSSION</b>			
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).	
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	
<b>FINANCEMENT</b>			
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.	

<sup>a</sup>Note du traducteur : *Patient, problem or population, Intervention, Comparison, control or comparator, Outcomes, Study design*

## Annexe 6 : Score des revues de littérature selon les critères PRISMA

	23	24	25	26	27
Item 1	x	x		x	x
Item 2	x	x	x	x	x
Item 3	x	x	x	x	x
Item 4	x	x	x	x	x
Item 5	x		x	x	
Item 6	x	x	x	x	x
Item 7	x	x	x	x	x
Item 8	x			x	x
Item 9	x				x
Item 10	x				x
Item 11	x	x			x
Item 12	x		x	x	x
Item 13					
Item 14					
Item 15	x				
Item 16					
Item 17	x	x			x
Item 18	x				x
Item 19	x				x
Item 20					
Item 21					
Item 22	x				
Item 23					
Item 24	x		x	x	x
Item 25	x	x			x
Item 26	x	x	x	x	x
Item 27	x		x	x	x
	21/27 = 77,8%	10/27 = 37%	10/27 = 37%	12/27 = 44,4%	18/27 = 66,7%



**Les obstacles au maintien en emploi chez les lombalgiques chroniques pour les médecins généralistes**

**RÉSUMÉ**

**Introduction:** La lombalgie chronique est un enjeu de santé publique et un motif de consultation récurrent en médecine générale. Les arrêts de travail prolongés pour lombalgie posent un problème pour le retour du travailleur à son activité professionnelle. Cette revue de littérature a pour objectif d'identifier les obstacles au maintien en emploi du patient lombalgique chronique qui doivent être repérés précocement par le médecin généraliste.

**Méthodes:** La méthodologie PRISMA a été suivie pour cette étude. Les articles inclus dans cette revue ont été identifiés grâce aux bases de données PubMed, Embase, Google Scholar et Cochrane. Les articles sélectionnés ont été évalués grâce à différents critères (STROBE pour les études descriptives, EPOC pour les essais contrôlés et PRISMA pour les revues de littérature).

**Résultats:** Vingt et une études ont été incluses dans cette synthèse de littérature. Les facteurs de risque de non-retour au travail étaient professionnels : travail manuel, exigences de travail élevées, insatisfaction au travail et mauvaise ambiance avec les collègues. Les facteurs psychosociaux étaient représentés principalement par les croyances peur-évitement. Les programmes de réadaptation multidisciplinaire étaient bénéfiques pour le retour au travail. Enfin, la continuité des soins et la coordination entre les professionnels de santé minimisent le risque de désinsertion professionnelle pour le travailleur lombalgique chronique.

**Conclusion:** Cette revue a permis de mettre en évidence les obstacles au maintien en emploi des patients lombalgiques chroniques et doit pouvoir permettre aux médecins généralistes de les identifier et de les repérer tout au long du parcours de soin du patient.

**Mots-clés :** lombalgie chronique, travail, facteurs de risque, médecin généraliste

**Obstacles to job retention among chronic low back pain patients for general practitioners**

**ABSTRACT**

**Introduction:** Chronic low back pain is a public health issue and a recurring reason for consultation in general practice. Prolonged work stoppages for low back pain pose a problem for the worker's return to his professional activity. This literature review aims to identify the obstacles to the continued employment of patients with chronic low back pain that must be identified early by the general practitioner.

**Methods:** The PRISMA methodology was followed for this study. Articles included in this review were identified using the PubMed, Embase, Google Scholar and Cochrane databases. The selected articles were evaluated using different criteria (STROBE for descriptive studies, EPOC for controlled trials and PRISMA for literature reviews).

**Results:** Twenty-one studies were included in this literature review. The risk factors for not returning to work were professional: manual work, high work demands, job dissatisfaction and bad atmosphere with colleagues. Psychosocial factors were represented mainly by fear-avoidance beliefs. Multidisciplinary rehabilitation programs were beneficial for return to work.

Finally, the continuity of care and the coordination between health professionals minimize the risk of professional exclusion for workers with chronic low back pain.

**Conclusion:** This review has made it possible to highlight the obstacles to maintaining employment of chronic low back pain and should enable general practitioners to identify and locate them throughout the patient's care pathway.

**Keywords :** chronic low back pain, work, risk factors, general practitioner