

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 3 novembre 2017 à Poitiers
par Madame Mathilde CHARRUE-ROCHON

Retour à l'emploi et inaptitude médicale au poste de travail après
reconditionnement à l'effort chez des lombalgiques chroniques.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel Druet-Cabanac

Membres : Monsieur le Professeur Benoît Bataille
Madame le Docteur Marion Llaty
Madame le Docteur Catherine Berson

Directeur de thèse : Madame le Docteur Delaubier



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maitre de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Druet-Cabanac, qui me fait l'honneur de présider ce jury. Merci d'avoir eu la gentillesse d'accepter de venir de Limoges pour juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Bataille pour avoir accepté de faire partie de ce jury en apportant son expertise sur ce sujet.

A ma directrice de thèse, le Docteur Delaubier, pour avoir su faire preuve de patience avec moi en me laissant une certaine autonomie. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail et pour vos conseils judicieux. Merci de m'avoir accueillie dans votre service pendant un an. J'y ai appris énormément !

Au Docteur Albouy-Llaty pour avoir accepté de juger mon travail concernant ce sujet majeur de santé publique.

Au Docteur Berson qui m'a accompagnée et soutenue pendant toute la durée de mon internat et qui est pour moi une source d'inspiration quotidienne dans mon travail : « Dans cette situation, que ferait Catherine ? ». Merci d'être également présente aujourd'hui pour cette dernière étape. Cela me touche beaucoup...

A l'ensemble des membres du service de médecine physique et de réadaptation du CHU de Poitiers pour leur accueil ainsi que leur bonne humeur. Vous m'avez appris le travail en équipe et fait découvrir comment faire de la balnéo en tenue de ville ...

A l'ensemble des membres de mon service de santé au travail, le SISTA, avec lesquels je m'épanouie pleinement et particulièrement à mme Garnaud pour sa gentillesse, sa bienveillance et pour m'avoir permis de dégager du temps pour travailler ma thèse. Un merci spécial à Florence qui m'a accompagnée au quotidien pendant toute une année dans mes premiers pas de médecin du travail. C'est un réel plaisir de travailler avec vous tous.

A Ninja pour avoir été une co-interne idéale, une témoin extraordinaire et une collègue au top ! Vivement nos prochaines aventures (sans perdre nos ongles de pieds cette fois) !

A mes co-internes de médecine du travail avec qui j'ai vécu des moments fabuleux. Vous êtes tous différents et c'est ce qui fait la richesse de notre groupe. J'espère que vous perpétuerez auprès des nouveaux internes l'entraide et la cohésion que nous avons essayé d'initier lors de notre début d'internat. Celui-ci se termine mais j'espère que nous continuerons à nous croiser car j'ai énormément d'affection pour chacun d'entre vous. Soyez fiers de votre métier ! Continuez à partager ensemble ! Vous allez me manquer les copains ...

A ma famille pour leur soutien indéfectible, à mes parents pour leur amour inconditionnel qui m'a permis de me construire une base solide et plus particulièrement à ma maman pour m'avoir transmis sans le savoir l'amour et la passion de ce métier extraordinaire. Je vous aime.

A ma belle-famille pour leur soutien et leur gentillesse.

A mes amis sans qui le quotidien serait beaucoup moins drôle et particulièrement à Marie qui me supporte depuis la P1 et qui était présente dans tant de moments importants de ma vie y compris aujourd'hui.

Et enfin à Julien. Merci de partager ma vie. Merci de m'accompagner au quotidien et dans tous nos projets. Merci de prendre soin de moi et d'illuminer mes journées. Je t'aime ...

Table des matières

Liste des tableaux	9
Liste des figures	10
Liste des abréviations	12
1 Introduction.....	13
2 Généralités	14
2.1 Lombalgie	14
2.1.1 Rappels anatomiques	14
2.1.2 Définition.....	16
2.1.3 Modèles de prises en charge rééducative.....	19
2.1.4 Facteurs prédictifs de retour au travail.....	20
2.2 Déroulement du séjour de reconditionnement à l’effort dans le service de MPR du CHU de Poitiers.....	21
2.2.1 Prise en charge médicale.....	21
2.2.2 Travail en kinésithérapie	22
2.2.3 Travail en ergothérapie	23
2.2.4 Prise en charge alimentaire.....	23
2.2.5 Questionnaire de Dallas	23
2.2.6 Prise en charge thymique.....	24
2.2.7 Prise en charge socio professionnelle	24
2.3 Possibilités d’actions en médecine du travail	24
2.3.1 Visite de pré reprise	25
2.3.2 Visite de reprise.....	25
2.3.3 Aménagement du poste de travail.....	26
2.3.4 Fiche d’entreprise.....	26
2.3.5 Intervention du SAMETH.....	26
2.3.6 Inaptitude	27
2.4 Hypothèse de l’étude	28
2.5 Objectif	28
2.5.1 Objectif principal	28
2.5.2 Objectifs secondaires	28
3 Matériels et méthode.....	29
3.1 Population	29
3.1.1 Critères d’inclusion.....	29

3.1.2	Critères de non inclusion.....	29
3.2	Déroulement de l'étude.....	29
3.2.1	Modalités de recrutement.....	29
3.2.2	Rédaction du questionnaire.....	30
3.2.3	Calendrier de l'étude.....	31
3.3	CNIL.....	32
3.4	Evaluation.....	32
3.4.1	Critère de jugement principal.....	32
3.4.2	Critères de jugement secondaires.....	32
3.5	Analyse statistique.....	32
3.5.1	Méthode d'analyse.....	32
3.5.2	Degré de signification statistique prévu.....	33
4	Résultats.....	34
4.1	Population étudiée : effectif et caractéristiques démographiques.....	34
4.1.1	Diagramme de flux.....	34
4.1.2	Caractéristiques de la population étudiée.....	35
4.1.2.1	Caractéristiques de la population incluse.....	35
4.1.2.2	Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire.....	35
4.2	Critère de jugement principal.....	41
4.3	Critères de jugement secondaires.....	42
4.3.1	Evaluation des facteurs concernant le retour à l'emploi à un an.....	42
4.3.1.1	Caractéristiques générales.....	42
4.3.1.2	Score de Dallas.....	43
4.3.1.3	Mesures et indicateurs à l'entrée dans le service.....	47
4.3.1.4	Mesures et indicateurs après la sortie.....	48
4.3.1.5	Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service.....	49
4.3.1.6	Evolution professionnelle.....	53
4.3.2	Evaluation des facteurs concernant l'inaptitude médicale au poste de travail.....	55
4.3.2.1	Caractéristiques générales.....	55
4.3.2.2	Score de Dallas.....	56
4.3.2.3	Mesures et indicateurs à l'entrée dans le service.....	59
4.3.2.4	Mesures et indicateurs après la sortie.....	60
4.3.2.5	Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service.....	61
4.3.2.6	Evolution professionnelle.....	65
5	Discussion.....	68

5.1	Synthèse des principaux résultats significatifs.....	68
5.1.1	Critère de jugement principal.....	68
5.1.2	Critères de jugement secondaires.....	68
5.1.2.1	Evaluation des facteurs concernant le retour à l'emploi à un an	68
5.1.2.2	Evaluation des facteurs concernant l'inaptitude médicale au poste de travail.....	69
5.2	Discussion du critère de jugement principal.....	69
5.3	Discussion des critères de jugement secondaires.....	70
5.3.1	Evaluation des facteurs concernant le retour à l'emploi à un an	70
5.3.1.1	Résultats en accord avec la littérature.....	70
5.3.1.2	Données en désaccord avec la littérature.....	71
5.3.1.3	Données peu (ou non) évaluées dans la littérature	72
5.3.2	Evaluation des facteurs concernant l'inaptitude médicale au poste de travail.....	74
5.3.2.1	Mesures et indicateurs à l'entrée et à la sortie du service	74
5.3.2.2	Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service et évolution professionnelle	76
5.4	Limites et biais.....	78
5.4.1	Limites	78
5.4.2	Biais d'information	79
5.4.3	Biais de sélection	80
5.5	Perspectives.....	80
6	Conclusion.....	83
	Références bibliographiques.....	84
	Serment.....	89
	Annexe 1 : Questionnaire de DALLAS.....	90
	Annexe 2 : Liste des codages utilisés pour la recherche des patients	92
	Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour l'étude	93
	Annexe 4 : Lettre d'accompagnement du questionnaire.....	97
	Résumé.....	98

Liste des tableaux

Tableau 1 : tableau MP n°97

Tableau 2 : tableau MP n°98

Tableau 3 : caractéristiques générales de la population incluse

Tableau 4 : caractéristiques générales de la population ayant répondu au questionnaire

Tableau 5 : mesures effectuées chez les patients à l'entrée dans le service

Tableau 6 : mesures et indicateurs après la sortie d'hospitalisation

Tableau 7 : caractéristiques professionnelles des patients

Tableau 8 : évolution professionnelle des patients après leur sortie d'hospitalisation

Tableau 9 : activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation

Tableau 10 : mesures à l'entrée dans le service en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Tableau 11 : durée de l'arrêt de travail en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Tableau 12 : facteurs de pénibilité en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Tableau 13 : indicateurs relatifs au retour au travail en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Tableau 14 : mesures à l'entrée dans le service avec ou sans inaptitude

Tableau 15 : durée des arrêts de travail avec ou sans inaptitude

Tableau 16 : facteurs de pénibilité en fonction de la mise en inaptitude

Tableau 17 : indicateurs relatifs au retour au travail avec ou sans inaptitude

Liste des figures

Figure 1 : anatomie de la colonne vertébrale (région lombaire)

Figure 2 : émergence des racines nerveuses au niveau lombaire

Figure 3 : musculature du dos

Figure 4 : trajets radiculaires sensitifs sciatiques L5 et S1

Figure 5 : trajets radiculaires sensitifs L3 et L4.

Figure 6 : diagramme de flux

Figure 7 : score moyen (en %) lors du questionnaire de DALLAS à l'entrée dans le service

Figure 8 : temps entre la sortie d'hospitalisation et la reprise de 4 semaines consécutives de travail

Figure 9 : pourcentage de reprise du travail à un an par catégorie d'âge en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 10 : score moyen lors de l'auto questionnaire de DALLAS à l'entrée dans le service en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 11 : score de DALLAS moyen lors de la consultation de suivi en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 12 : différence entre le questionnaire de DALLAS à l'entrée et à la sortie en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 13 : différence entre le score de DALLAS lors de la sortie et lors de la consultation de suivi en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 14 : différence entre le score de DALLAS à l'entrée et lors de la consultation de suivi en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 15 : indicateurs à l'entrée dans le service en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation (%)

Figure 16 : reprise du travail (%) selon l'ancienneté dans l'entreprise en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Figure 17 : ambiance au travail (%) en fonction de l'activité professionnelle à un an de l'hospitalisation

Figure 18 : temps entre la sortie d'hospitalisation et la reprise de 4 semaines consécutives de travail en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation (nombre de patients)

Figure 19 : nombre de patients avec ou sans inaptitude en fonction de l'âge

Figure 20 : score moyen lors de l'auto questionnaire de DALLAS à l'entrée dans le service avec ou sans inaptitude

Figure 21 : score de DALLAS moyen lors de la consultation de suivi avec ou sans inaptitude

Figure 22 : différence entre le score de DALLAS à l'entrée et lors de la consultation de suivi avec ou sans inaptitude

Figure 23 : indicateurs à l'entrée dans le service en fonction de la mise en inaptitude (%)

Figure 24 : reprise du travail en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise (%) avec ou sans inaptitude

Figure 25 : ambiance au travail avec ou sans inaptitude (%)

Figure 26 : temps entre la sortie d'hospitalisation et la reprise du travail pendant 4 semaines consécutives minimum avec ou sans inaptitude (nombre de salariés)

Liste des abréviations

AGEFIPH : association de gestion du fond pour l'insertion des personnes handicapées

AVQ : activités de la vie quotidienne

BTP : bâtiment et travaux publics

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM : classification internationale des maladies

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DDS : distance doigts sol

DNS : différence non significative

EVA : échelle visuelle analogique

FIPHP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

IMC : indice de masse corporelle

IRM : imagerie par résonance magnétique

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MPR : médecine physique et de réadaptation

NR : non répondu

NS : non significatif

PA : paquets -années

PH : praticien hospitalier

RQTH : reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

SAMETH : service d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

TDM : tomodensitométrie

TENS : neurostimulation électronique transcutanée

1 Introduction

En France, on estime qu'environ 70% des personnes souffriront un jour de lombalgie au cours de leur vie. La lombalgie est une affection très fréquente aussi bien dans la population générale adulte que dans la population salariée (prévalence sur les 12 derniers mois comprise entre 53 et 58%)^{1,2}. La grande majorité des lombalgies sont rapidement résolutive puisqu'environ seulement 15% des hommes et 19% des femmes ont une persistance des douleurs pendant plus de 30 jours. 7 à 8% de la population française âgée de 30 à 64 ans souffrent de lombalgie chronique entraînant une limitation qu'elle soit physique, sensorielle, intellectuelle ou mentale³.

En 2015, dans le régime général, un accident du travail sur 5 se soldait par une lombalgie soit 133.000 accidents du travail (AT). Pour 50% d'entre eux, l'origine était la manutention manuelle de charges lourdes et, dans 10% des cas, les AT étaient liés à des chutes. En 2015, 3.427 lombo-sciatiques étaient reconnues en maladie professionnelle (MP) soit environ 8% des MP reconnues. La durée moyenne des arrêts de travail de ces MP est de 380 jours. En 2015, plus de 9 millions de journées de travail ont été perdues pour les AT et MP liés aux lombalgies. Le coût des lombalgies pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale est d'environ un milliard d'euros ce qui est équivalent aux coûts de l'ensemble des autres troubles musculo-squelettiques⁴.

La 5^e enquête européenne sur les conditions de travail⁵ montre que la lombalgie est un problème majeur de santé lié au travail. 47 % des travailleurs européens disent avoir souffert du dos au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les lombalgies chroniques représentent la première cause d'inaptitude médicale chez les salariés de moins de 45 ans. Les principaux coûts économiques et sociaux sont liés aux arrêts de travail et au handicap consécutif à la lombalgie. Dans certains pays, l'évaluation de ces coûts est proche de 1 % du PIB⁶.

Les prévalences élevées des lombalgies expliquent que dans n'importe quelle entreprise, peu importe son type d'activité et les risques associés pour le dos, la prise en charge préventive des lombalgies est primordiale en santé au travail. Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux concernant le retour à l'emploi à un an d'un séjour pour reconditionnement à l'effort et de mieux percevoir les facteurs liés au retour à l'emploi ainsi que ceux liés à la déclaration d'inaptitude médicale au poste de travail afin d'améliorer cette prévention.

2 Généralités

2.1 Lombalgie

2.1.1 Rappels anatomiques

La colonne vertébrale est un empilement de 33 vertèbres formant une structure rectiligne dans le plan frontal et curviligne dans le plan sagittal. La région thoracique est le siège d'une cyphose compensée par une lordose lombaire et une courbure cervicale convexe en avant.

On compte 7 vertèbres cervicales, 12 vertèbres thoraciques, 5 vertèbres lombaires et 9 vertèbres sacro-coccygiennes soudées entre elles.

Les disques intervertébraux sont des éléments de jonction entre deux corps vertébraux. Ils se présentent sous la forme d'un complexe fibro-cartilagineux déformable (figure 1). Ils ont un rôle important d'amortissement qui participe à la résistance et à la stabilité du rachis verticalisé en état de pesanteur.

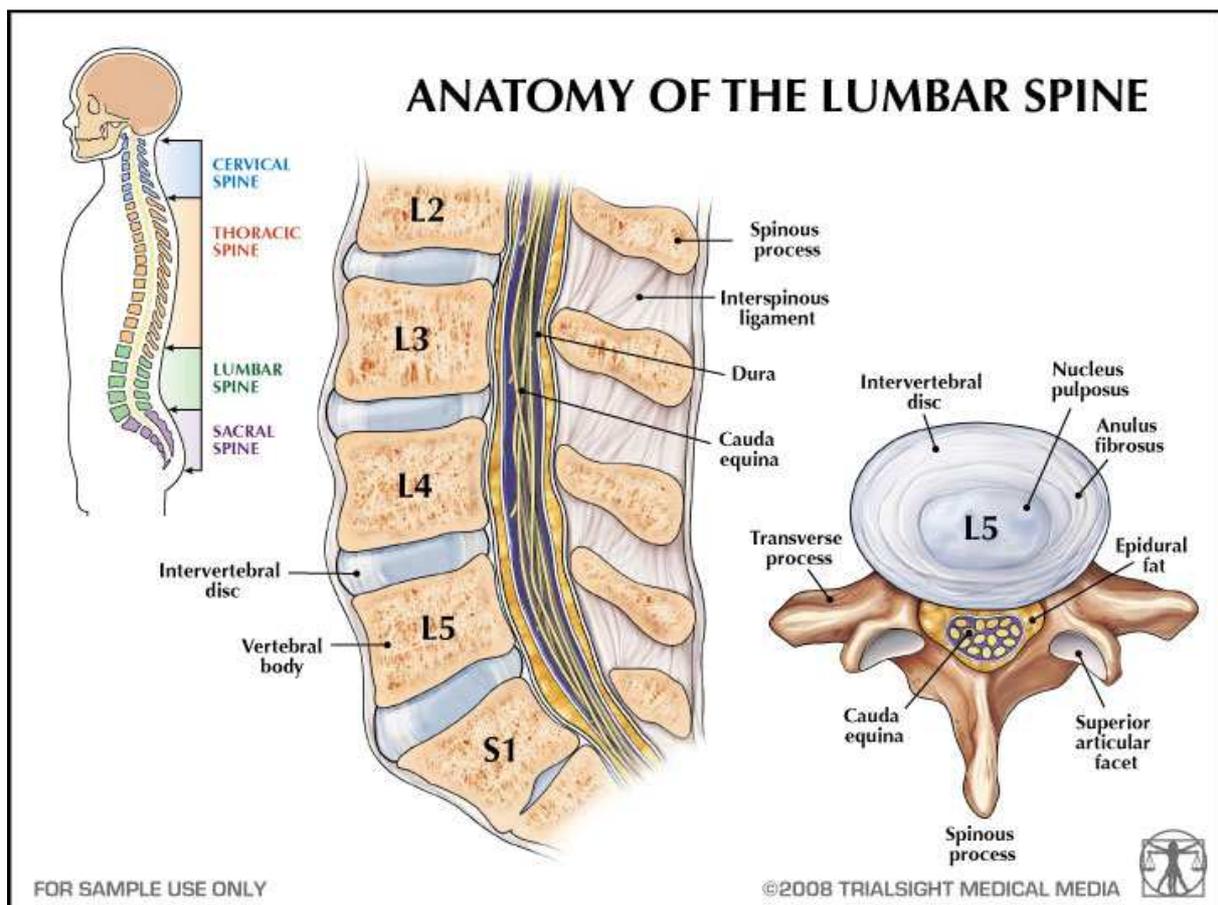


Figure 1 : anatomie de la colonne vertébrale (région lombaire)

La moelle épinière est située en arrière des corps vertébraux, dans le canal rachidien, et se prolonge en dessous du cône terminal de la moelle par la queue de cheval qui correspond à l'ensemble des racines rachidiennes inférieures ou égales à la racine L2⁷.

Les racines nerveuses émergent à chaque étage par le foramen intervertébral, de part et d'autre de la colonne vertébrale (figure2). Elles sont responsables de l'innervation sensitivo-motrice.

La stabilité du rachis lombaire est également apportée par un système ligamentaire composé de 6 ligaments (ligament longitudinal antérieur, ligament longitudinal postérieur, ligament supra épineux, ligaments intertransversaires, ligament jaune, ligament inter-épineux) qui sont soit continus et s'étendant sur toute la longueur du rachis ; soit discontinus et tendus d'une vertèbre à l'autre.

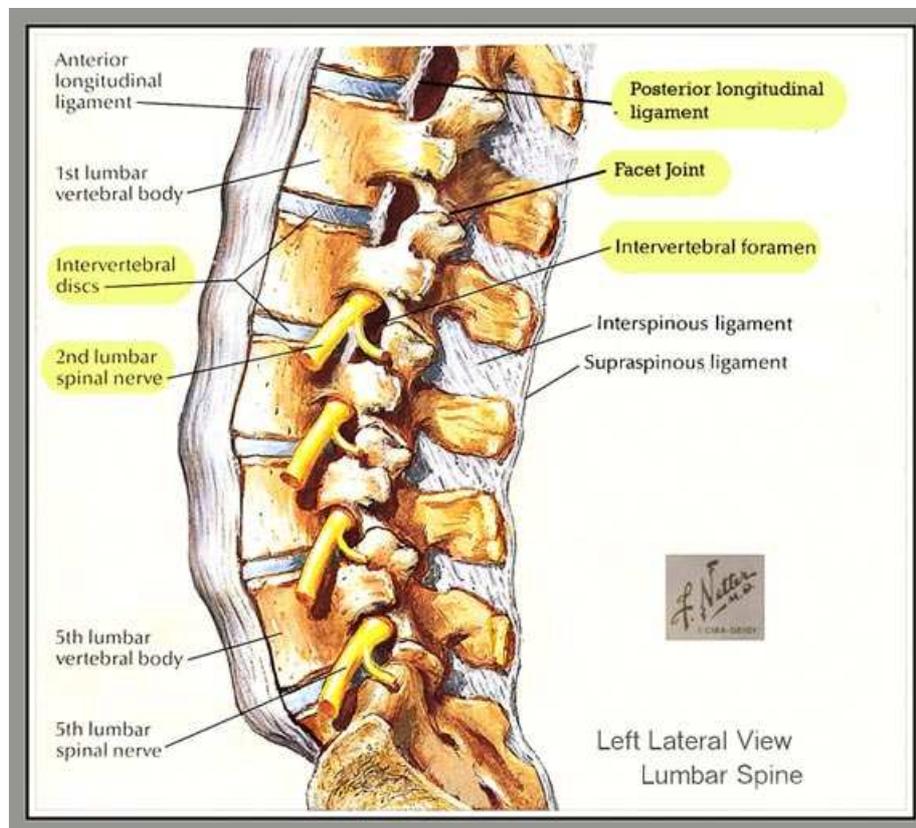


Figure 2 : émergence des racines nerveuses au niveau lombaire

La musculature postérieure du rachis comporte plusieurs plans. Tous les muscles sont à la fois indépendants et synergiques, investis d'un rôle actif, moteur ou passif dans les mises en jeu réflexes aux changements de posture⁸ (figure3). Les structures musculaires sont indispensables à la stabilité de la colonne vertébrale.

Lorsque les racines L5 ou S1 sont touchées, on parle de lombosciatique.

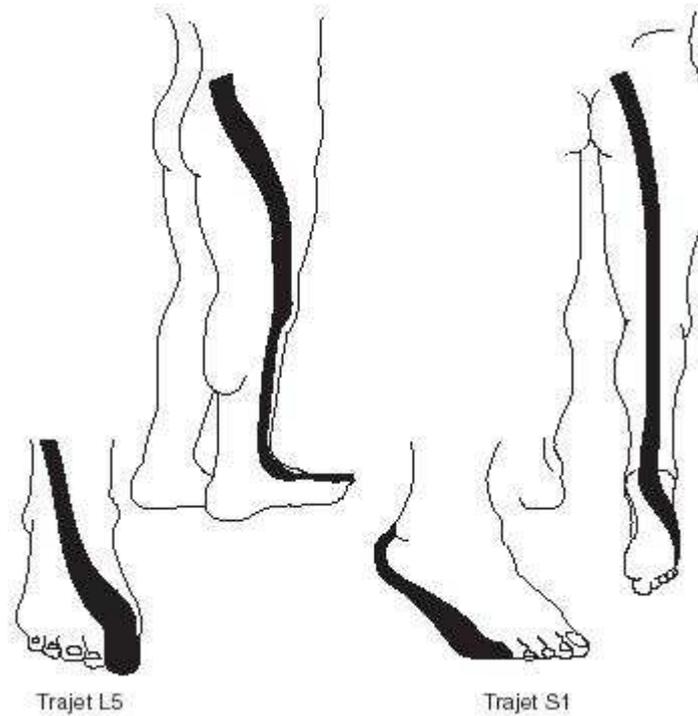


Figure 4 : trajets radiculaires sensitifs sciatiques L5 et S1¹⁰.

Lorsque les racines L3 ou L4 sont atteintes, on parle alors de cruralgie.

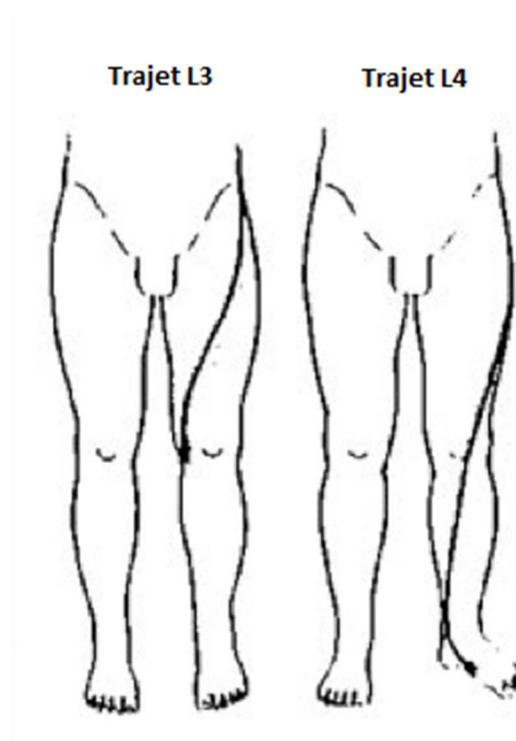


Figure 5 : trajets radiculaires sensitifs L3 et L4¹².

Certains syndromes radiculaires sont reconnus comme maladies professionnelles, pour les salariés du régime général, dans le cadre des tableaux 97 (tableau 1) et 98 (tableau 2). Seules sont reconnues les lombalgies avec atteintes radiculaires sous réserve de la présence d'une hernie discale concordante avec la symptomatologie. Il est également nécessaire que le salarié ait été exposé habituellement et pendant au moins cinq ans à des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier (liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies dans le tableau 97) ou à des travaux de manutention manuelle de charges lourdes (liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies dans le tableau 98).

Tableau 97		Régime général
Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier		
Date de création : décret du 15 février 1999		
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
<p>Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</p> <p>Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</p>	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).	<p>Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleuse, chargeuse-pelleuse, niveleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, bouteur, tracteur agricole ou forestier ; - par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; - par la conduite de tracteur routier et de camion monobloc.

Tableau 1 : tableau MP n°97

Tableau 98		Régime général
Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes		
Date de création : décret du 15 février 1999		
Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
<p>Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</p> <p>Radiculgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.</p>	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans).	<p>Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> -dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; -dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; -dans les mines et carrières ; -dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; -dans le déménagement, les gardes-meubles ; -dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; -dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; -dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux incluant la manutention de personnes ; -dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; -dans les travaux funéraires.

Tableau 2 : tableau MP n°98

Il existe des tableaux équivalents pour les salariés du régime agricole (tableaux 57 et 57 bis).

En plus de l'irradiation douloureuse, l'atteinte radiculaire peut comporter d'autres symptômes comme une atteinte des releveurs du pied et des péroniers latéraux lors d'une atteinte L5 ou une atteinte du triceps sural et une diminution voire une abolition du réflexe achilléen lors d'une atteinte S1¹⁰.

2.1.3 Modèles de prises en charge rééducative

Le modèle lésionnel fut le modèle de référence jusque dans les années 1980. Il correspondait à une vision rhumatologique de la lombalgie selon laquelle la douleur était due à une lésion. La prise en charge consistait alors à traiter le symptôme douloureux par un traitement antalgique que l'on associait avec un repos strict. Cependant la corrélation entre douleur et lésion objectivable étant très faible, une nouvelle approche était nécessaire afin d'améliorer la prise en charge des lombalgiques.

Plusieurs modèles ont ensuite été développés nécessitant une prise en charge multidisciplinaire.

Le concept thérapeutique des écoles du dos fut initié en 1969 en Suède par M. Zachrisson-Forssell^{13,14}. L'objectif était principalement de transmettre des notions d'ergonomie comprenant une meilleure connaissance du dos et les moyens de le protéger lors des activités de la vie quotidienne, domestiques ou professionnelles, ainsi que l'apprentissage du verrouillage lombaire^{15,16}. Cette méthode a parfois été considérée par ses détracteurs comme pouvant majorer le rôle de l'exercice et du travail dans la genèse des douleurs entraînant potentiellement par la suite une réduction des activités physiques. Le patient serait conforté dans l'idée que sa pathologie est grave et handicapante¹⁷.

La restauration fonctionnelle fut initiée par Tom Mayer^{18,19} en 1985 et correspond à un changement important de référentiel concernant la prise en charge des lombalgies. Elle fut déclinée en Europe sous le terme de « réentraînement à l'effort » avec des résultats légèrement inférieurs (attribués à une protection sociale plus avantageuse pour les patients). L'approche n'est plus seulement biologique (avec bilan lésionnel) mais également psychologique (avec étude et prise en charge de l'impact psychologique de la douleur sur le patient, personnalité du patient) et sociale (avec une prise en charge globale du patient sur le plan social). Cette méthode met l'accent sur la lutte contre le « syndrome de déconditionnement » qui comprend une raideur rachidienne associée à une diminution de la force musculaire des fléchisseurs et des extenseurs du rachis ainsi qu'une désadaptation cardio vasculaire à l'effort. L'objectif des programmes de reconditionnement du rachis est de lutter contre ce syndrome de déconditionnement dans les différents domaines touchés : les capacités physiques de flexion et d'endurance, l'inhibition douloureuse, les capacités gestuelles, le retentissement psychologique, pondéral, social et professionnel. Le but premier est la réintégration du lombalgique dans son travail d'origine et ce, sans limitation (et non l'antalgie¹⁷).

Ce modèle a ensuite été complété par le modèle de Sherbrooke qui intègre également le milieu de travail avec un aménagement ergonomique du poste de travail, un retour thérapeutique progressif au travail. Un ergothérapeute accompagne le travailleur à son poste lors de la reprise d'activité. Le modèle de Sherbrooke, malgré ses très bons résultats sur le retour au travail et son coût-efficacité positif à un an, n'est pas appliqué actuellement en France. Les tentatives d'application en 2007-2008 avaient conduit à un échec par manque d'implication des médecins généralistes, des médecins du travail et des médecins conseils²⁰.

2.1.4 Facteurs prédictifs de retour au travail

Certains facteurs sont identifiés dans la littérature comme prédictif d'un retour au travail^{20,21,22,23,24} :

- le jeune âge
- un niveau d'études et un statut professionnel élevés

- un score initialement bas d'incapacité fonctionnelle ou une réduction de ce score suite à la rééducation
- des revenus du ménage faible
- une réduction des scores de dépression
- une intensité basse des douleurs
- l'absence de sciatique (irradiation sous le genou)
- une durée courte d'arrêt de travail
- la présence de procédures facilitant la reprise du travail
- la pensée subjective de se sentir capable de travailler
- une grande valeur accordée au travail

A contrario, certains facteurs sont prédictifs d'un allongement de l'arrêt de travail voire d'un non-retour au travail^{20,21,22,23,24} :

- le sexe féminin
- un âge élevé,
- la sévérité de l'incapacité fonctionnelle
- un faible niveau de qualification
- un arrêt de travail prolongé
- des antécédents d'absence du travail
- des pathologies associées
- un travail physique lourd
- une exposition professionnelle à des contraintes biomécaniques
- un faible contrôle du salarié sur son travail
- un faible soutien social
- un conflit interpersonnel
- l'inadéquation du salaire
- la demande d'indemnisation en accident du travail ou maladie professionnelle
- la demande ou l'acceptation d'une invalidité

2.2 Déroulement du séjour de reconditionnement à l'effort dans le service de MPR du CHU de Poitiers

2.2.1 Prise en charge médicale

Sur le plan médical, le service de Médecine Physique et de Réadaptation comprend 3 PH rééducateurs ainsi qu'une chef de clinique ; 2 à 3 internes travaillent également dans le service.

Avant inclusion dans le programme de reconditionnement à l'effort, chaque patient va être vu en consultation par un des médecins rééducateurs du service qui juge du bénéfice à attendre d'une telle hospitalisation suivant les symptômes présentés par le patient, son environnement socio-professionnel et sa psychologie.

Le séjour comporte quatre semaines successives en hospitalisation dite « de semaine » (hospitalisation du lundi matin au vendredi soir avec retour au domicile le week end). Les groupes sont constitués de 3 à 5 patients.

Chaque patient est suivi médicalement pendant son hospitalisation par un médecin référent, un interne ainsi qu'un externe. Un staff pluridisciplinaire a lieu chaque semaine pour discuter de l'évolution de chaque patient et adapter au mieux la stratégie de prise en charge.

Une consultation de suivi est programmée avec le médecin référent dans les 2 à 3 mois suivant la sortie d'hospitalisation.

2.2.2 Travail en kinésithérapie

Le service comporte 6 kinésithérapeutes ainsi qu'un cadre kinésithérapeute. L'ensemble des kinésithérapeutes est formé à la technique de McKenzie. Chaque groupe de patients en reconditionnement à l'effort est pris en charge par un kiné.

Un bilan initial va être réalisé par le kiné pour chaque patient avec une évaluation des capacités musculaires, de l'endurance, de la souplesse et de la douleur.

Le travail en salle de kinésithérapie a lieu quotidiennement, matin et après-midi.

Après une période d'apprentissage d'exercices de renforcement musculaire et la fixation d'objectifs personnalisés, les patients vont réaliser les exercices de manière semi-autonome. Ces exercices comportent des sessions de travail au sol sur tapis, ainsi que sur vélo, vélo elliptique et tapis de course.

Le but de cette prise en charge est bien évidemment d'améliorer les capacités physiques et musculaires des patients mais surtout de les rendre acteurs de leur prise en charge afin qu'ils poursuivent l'activité physique après la fin de l'hospitalisation.

Une séance de travail en piscine (balnéothérapie) est réalisée quotidiennement en fin d'après-midi.

Selon les patients, les kinés vont être amenés à utiliser des méthodes complémentaires (enseignements d'exercices de type McKenzie, TENS, massages...).

Un nouveau bilan est effectué lors de la sortie d'hospitalisation afin d'objectiver l'évolution de l'état de santé.

2.2.3 Travail en ergothérapie

Le service comporte quatre ergothérapeutes. Chaque groupe est pris en charge par une ergothérapeute.

Elle enseigne aux lombalgiques les gestes et postures permettant de limiter les contraintes au niveau lombaire (gestes d'économie rachidienne). Cet enseignement se fait, de manière collective, par des mises en situation (ménage, courses, travail) mais également par des activités de cuisine ou des activités plus ludiques (console de jeux).

Les séances ont lieu quotidiennement.

2.2.4 Prise en charge alimentaire

A son arrivée dans le service, chaque patient est pesé et mesuré par les aides-soignants permettant ainsi de calculer l'IMC. Un bilan biologique est également réalisé par les infirmiers comportant, entre autres, une glycémie à jeun, un dosage des triglycérides et du cholestérol.

En cas de surpoids, d'obésité ou d'anomalies glycémique ou lipidiques, l'avis d'une diététicienne est demandé. Celle-ci intervient sur demande dans le service de MPR. Un entretien a lieu avec le patient, permettant à la diététicienne d'émettre des préconisations concernant l'alimentation.

Les patients sont à nouveau pesés, si besoin, à leur sortie d'hospitalisation afin de juger de l'évolution. Un nouveau bilan sanguin est réalisé si nécessaire.

2.2.5 Questionnaire de Dallas

Lors de l'entrée et de la sortie du service, les patients complètent l'autoquestionnaire de DALLAS (Annexe 1). Il est à nouveau complété lors de la consultation de suivi.

Ce questionnaire, validé en langue française²⁵, permet d'évaluer le pourcentage de répercussion de la douleur sur les activités de la vie quotidienne (AVQ), sur le travail et les loisirs, sur l'anxiété et la dépression ainsi que sur la vie sociale. Le résultat est ainsi compris entre 0% (pas de douleur, pas de retentissement) et 100% (douleur extrême, réalisation impossible) pour les 4 thèmes.

Le questionnaire de Dallas est le questionnaire recommandé par la société belge des écoles du dos²⁶ pour l'évaluation de l'évolution des patients.

2.2.6 Prise en charge thymique

Les patients hospitalisés en reconditionnement à l'effort sont évalués de manière systématique par une psychologue intervenant dans le service. Un suivi est ensuite initié si besoin.

2.2.7 Prise en charge socio professionnelle

Lors de la consultation d'évaluation précédant une éventuelle hospitalisation, le facteur professionnel est étudié avec attention. En effet, un des objectifs de l'hospitalisation est d'améliorer l'état de santé pour permettre un maintien des travailleurs à leur poste de travail (lorsque ceux-ci ne sont pas en arrêt de travail) ou de permettre un retour au travail (pour des salariés en arrêt).

Un poste d'interne en médecine du travail est ouvert à chaque semestre dans le service. Lorsque le poste est pourvu, l'interne répond aux interrogations des patients concernant leur devenir afin d'améliorer la prise en charge du facteur professionnel lors de l'hospitalisation. Il peut aussi faire le lien avec le médecin du travail si besoin.

Une assistante sociale peut également intervenir dans le service sur demande.

2.3 Possibilités d'actions en médecine du travail

Depuis la loi du 11 octobre 1946 et la création des services de santé au travail, les médecins du travail assurent le suivi médical des salariés. La médecine du travail a été profondément réformée ces dernières années avec une modification des textes de loi le 20 juillet 2011 puis plus récemment avec le décret du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

Les médecins du travail sont fréquemment confrontés à des salariés souffrant de lombalgie. Cette pathologie peut parfois avoir des conséquences sur l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail. Le rôle premier du médecin du travail est d'éviter toute altération de la santé mentale ou physique des salariés du fait de leur travail. Il est le conseiller des salariés et des employeurs et assure une mission exclusivement préventive. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers en santé au travail, d'ergonomes, de chimistes, d'assistantes sociale, dont il est l'animateur et à qui il peut confier, sous sa responsabilité, certaines activités.

Plusieurs outils sont à sa disposition afin de permettre le maintien dans l'emploi du salarié dans des conditions compatibles avec son état de santé.

2.3.1 Visite de pré reprise

Depuis le 1^{er} juillet 2012, une visite de pré reprise avec le médecin du travail est obligatoire pour tout arrêt de travail supérieur à 3 mois (article R.4624-29 du code du travail). La visite de pré reprise a lieu pendant l'arrêt de travail du salarié. Elle peut être demandée par le salarié lui-même, le médecin traitant ou le médecin conseil. Elle ne peut pas être demandée par l'employeur puisque pendant l'arrêt de travail, le contrat de travail qui le lie à l'employeur est suspendu ; ce dernier n'a donc pas, légalement, à avoir de contact avec son salarié.

La visite de pré reprise a pour objectif de permettre au médecin du travail de pouvoir faire le point sur l'état de santé du salarié afin d'anticiper les éventuelles difficultés qui pourraient se poser lors de la reprise du travail. Il peut alors recommander des aménagements et adaptations du poste de travail, des préconisations de reclassement ou des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le retour au travail, le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle. Ces recommandations sont transmises à l'employeur et au médecin conseil, sauf opposition du salarié, afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur en anticipant les modifications nécessaires (article R.4624-30 du code du travail). Cela permet de diminuer les situations difficilement gérables pour le salarié et l'employeur, et très coûteuses pour la société (arrêts de travail prolongés, aggravation de l'état psychique, perte de confiance par rapport à la reprise du travail, voire conflit avec l'employeur).

2.3.2 Visite de reprise

Depuis juillet 2012, une visite de reprise est obligatoire après tout arrêt de travail de plus de 30 jours (21 jours avant juillet 2012) et après tout arrêt de travail en lien avec une maladie professionnelle quelle qu'en soit la durée (article R.4624-31 du code du travail). Elle a lieu le jour de la reprise effective du travail et au plus tard dans un délai de huit jours suivant la reprise. A l'issue de cette visite, le médecin du travail va se prononcer sur l'aptitude au poste et préconiser les aménagements, ou le reclassement, nécessaires. Si une visite de pré reprise a déjà eu lieu, le médecin du travail tiendra compte des propositions émises par l'employeur en lien avec les préconisations du médecin du travail lors de cette précédente visite.

Le médecin du travail peut également émettre des restrictions au poste de travail s'il estime que le salarié ne peut pas effectuer l'ensemble des tâches de son poste de travail. Il peut ainsi rédiger des avis restrictifs concernant le port manuel de charges lourdes ou la conduite de véhicule par exemple.

2.3.3 Aménagement du poste de travail

Le médecin du travail doit consacrer un tiers de son temps pour des activités en entreprise. Dans le cadre de son tiers temps, il se rend dans les entreprises pour analyser les différents postes de travail et évaluer les risques associés. Il va ainsi, en collaboration avec les membres de son équipe pluridisciplinaire, conseiller l'employeur et le salarié afin d'aménager le poste le plus ergonomiquement possible et tenter de prévenir l'apparition de pathologies en lien avec le travail (prévention primaire). En effet, depuis la loi du 20 juillet 2011, l'apparition d'équipes pluridisciplinaires au sein des services de santé au travail a permis l'embauche d'ergonomes qui apportent leur expertise pour les aménagements des postes de travail et l'organisation du travail dans les entreprises.

Lorsque le salarié est déjà atteint d'une pathologie, le médecin du travail, après avoir étudié le poste du salarié, peut faire des préconisations d'aménagement du poste de travail à l'employeur afin de permettre un maintien au poste du salarié dans des conditions optimales (prévention secondaire).

L'aménagement du poste peut être matériel (diminution de la hauteur des plans de travail, modification des sièges, mécanisation du port de charges....) ou organisationnel (modification des horaires, changement d'équipe, réorganisation de la répartition des tâches....).

2.3.4 Fiche d'entreprise

Selon l'article D.4624-37 du code du travail, le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire rédige une fiche d'entreprise pour chacune des entreprises qui lui sont attribuées. Ce document comporte notamment les risques professionnels présents dans l'entreprise ainsi que les effectifs de salariés qui y sont exposés. Elle peut donc être pour le médecin du travail l'occasion de faire des préconisations pour les aménagements des postes de travail et favoriser ainsi le maintien dans l'emploi.

Cette fiche d'entreprise est transmise à l'employeur et présentée au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ou, à défaut, aux délégués du personnel (article D.4624-39 du code du travail).

2.3.5 Intervention du SAMETH

Lorsque le salarié présente une pathologie handicapante, il peut faire une demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour obtenir une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Cette reconnaissance apporte de nombreux avantages pour le salarié. Concernant l'aménagement du poste de travail, la

RQTH permet de faire intervenir le Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) qui est composé d'ergonomes. Ces derniers interviennent le plus souvent en lien ou en complémentarité avec le médecin du travail. Les propositions d'aménagement sont ensuite financées en partie ou en totalité par l'intermédiaire de l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH) pour les salariés du régime général ou agricole et par l'intermédiaire du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) pour les salariés de la fonction publique. Le SAMETH peut également orienter le salarié vers des formations pour permettre son reclassement.

2.3.6 Inaptitude

Lorsque, malgré les aménagements du poste de travail ou lorsque les restrictions émises par le médecin du travail ne sont pas applicables par l'employeur, le maintien au poste devient impossible au regard de l'état de santé et des capacités restantes du salarié, le médecin du travail réalise une procédure dite d'inaptitude médicale au poste de travail.

Avant le 1^{er} janvier 2017, la procédure d'inaptitude s'effectuait classiquement en deux visites médicales distinctes de quinze jours minimum. Si une visite de pré reprise avait eu lieu moins de 30 jours avant la visite de reprise, elle pouvait tenir lieu de première visite ; l'inaptitude était ainsi prononcée lors de la visite de reprise. Une 3^{ème} possibilité existait, de manière marginale, permettant d'effectuer une inaptitude en une seule visite dans le cas d'un danger immédiat pour la santé ou la sécurité du salarié ou celles des tiers.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la procédure d'inaptitude peut désormais s'effectuer de manière habituelle en une seule visite, à condition que le médecin du travail ait :

- Réalisé au moins un examen médical de l'intéressé
- Réalisé ou fait réaliser une étude du poste de travail
- Réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée
- Procédé à un échange par tout moyen avec l'employeur

S'il estime un second examen nécessaire pour rassembler les éléments permettant de motiver sa décision, le médecin du travail réalise ce second examen dans un délai qui n'excède pas quinze jours après le premier examen. La notification de l'avis médical d'inaptitude intervient au plus tard à cette date (article R.4624-42 du code du travail).

L'employeur va, en tenant compte des préconisations émises par le médecin du travail, proposer des postes pour le reclassement du salarié sauf si l'avis d'inaptitude mentionne que « tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé » ou que « l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi ». En cas

d'impossibilité de reclassement ou de refus par le salarié des postes proposés, un licenciement pour inaptitude médicale au poste de travail est alors réalisé par l'employeur.

Lorsque l'inaptitude est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, les indemnités de licenciements sont doublées (article L.1226-14 du code du travail).

2.4 Hypothèse de l'étude

Les hospitalisations pour reconditionnement à l'effort permettraient une évolution favorable de la situation professionnelle pour les salariés souffrant de lombalgie chronique commune. Certains facteurs professionnels, sociaux ou physiques pourraient influencer l'efficacité de ces hospitalisations.

2.5 Objectif

2.5.1 Objectif principal

Evaluer le retour à l'emploi des lombalgiques chroniques à un an de leur sortie d'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort dans le service de MPR du CHU de Poitiers.

2.5.2 Objectifs secondaires

- Evaluer l'association possible entre certains facteurs et le fait d'avoir ou non une activité professionnelle un an après la sortie d'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort.
- Evaluer l'association possible entre certains facteurs et le fait d'avoir eu ou non une inaptitude médicale au poste de travail après la sortie d'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort.

3 Matériels et méthode

3.1 Population

La population retenue pour notre étude est celle du service de médecine physique et réadaptation du CHU de Poitiers qui reçoit, chaque mois, 3 à 5 patients souffrant de lombalgie chronique pour un reconditionnement à l'effort pendant 4 semaines.

3.1.1 Critères d'inclusion

Les patients doivent présenter tous les critères d'inclusion suivants pour être éligibles :

- Age supérieur à 18 ans
- Avoir bénéficié d'un séjour de 4 semaines de reconditionnement à l'effort dans le service de Médecine Physique et Réadaptation entre janvier 2008 et août 2013
- Avoir un emploi au moment de l'hospitalisation
- Etre porteur d'une lombalgie dite « commune »

3.1.2 Critères de non inclusion

Les patients présentant au moins un des critères suivants ne sont pas éligibles :

- Age inférieur à 18 ans
- Lombalgie secondaire ou post traumatique
- Hospitalisation en post opératoire immédiat
- Patient décédé au moment de l'étude
- Coordonnées postales et téléphoniques non à jour
- Patient sans emploi au moment de l'hospitalisation
- Sujet sous tutelle, curatelle ou subordination

3.2 Déroulement de l'étude

3.2.1 Modalités de recrutement

Afin de retrouver l'ensemble des patients lombalgiques hospitalisés dans le service de MPR du CHU de Poitiers entre janvier 2008 et août 2013, une recherche a été réalisée par le service

informatique du CHU pour sélectionner les patients dont le codage de la manifestation morbide principale ou l'affection étiologique appartenait à la classification lombalgie (annexe 2) et ayant été hospitalisés dans le service de MPR pendant les semaines correspondantes à notre étude.

Puis, pour identifier les patients lombalgiques ayant été hospitalisés dans le cadre d'un séjour de reconditionnement à l'effort, il a été retenu uniquement les patients hospitalisés pendant 4 semaines successives. La lecture des comptes rendus d'hospitalisation a permis ensuite de confirmer l'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort ainsi que de sélectionner les patients suivant les critères d'inclusion et de non inclusion.

3.2.2 Rédaction du questionnaire

Le questionnaire utilisé dans cette étude (annexe 3) a été élaboré en collaboration avec le Dr Delaubier. Il est divisé en quatre parties : une première partie concernant la période précédant l'hospitalisation, une seconde partie au cours de l'hospitalisation, une troisième après l'hospitalisation et une dernière concernant la période actuelle (au moment du remplissage du questionnaire).

Les questions portent sur la situation familiale et professionnelle des patients, leurs habitudes de vie, la prise en charge médicale des douleurs, les bénéfices de l'hospitalisation, les facteurs de pénibilité au travail et certains risques psychosociaux (RPS) ainsi que la prise en charge du retour au travail.

Les différents facteurs étudiés dans cette étude ont été choisis, pour la plupart, en fonction des données bibliographiques disponibles.

Afin de nuancer le critère de l'activité professionnelle à 1 an, nous avons aussi questionné sur la réalisation d'une période de travail d'au moins quatre semaines consécutives.

La pratique du McKenzie avant l'hospitalisation en MPR est un élément déclaré par les patients dont la qualité de l'application est systématiquement vérifiée par les kinésithérapeutes du service pendant l'hospitalisation.

Afin de ne pas alourdir le questionnaire, nous n'avons pas fait de comparaison avant/après l'hospitalisation concernant la perception par le patient de la responsabilité du travail dans sa lombalgie. Il est à noter que lors de l'hospitalisation, l'équipe fait en sorte que le patient ne stigmatise pas le travail comme étant le seul responsable des douleurs mais qu'il perçoive plutôt l'origine de sa lombalgie comme multifactorielle (contraintes physique, hygiène de vie,)

Les facteurs de pénibilité au travail sont inspirés des facteurs définis par le décret n° 2014-1159 du 9 octobre 2014 relatif à l'exposition des travailleurs à certains facteurs de risque professionnel au-delà de certains seuils de pénibilité et à sa traçabilité.

Les postures pénibles comportent notamment les postures avec le dos penché en avant ou les bras au-dessus du niveau des épaules ou la position accroupie.

Les valeurs retenues ici pour l'exposition aux températures extrêmes sont $< 15\text{ °C}$ ou $>30\text{ °C}$ voir $> 28\text{ °C}$ en cas de travail physique. Ces chiffres sont issus de consensus^{27,28} et non de la réglementation s'appliquant dans le cadre du compte de pénibilité²⁹.

Le travail de nuit est défini par les horaires légaux (compris entre 21h et 6h du matin) selon l'article L3122-29 du code du travail en vigueur au moment de la rédaction de ce questionnaire (abrogé au 10 août 2016 et remplacé par l'article L.3122-2 du code du travail).

Le port de charges lourdes retenu est $>15\text{kg}$ pour les femmes et $>25\text{ kg}$ pour les hommes conformément à la norme NF X 35-109 et à la recommandation R 367 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

La station debout est considérée comme prolongée à partir de 4h par jour, ce qui s'appuie sur la définition utilisée lors de l'enquête SUMER (20h par semaine)³⁰.

Les RPS étudiés sont issus du rapport Gollac qui est le document de référence sur cette question³¹. Les RPS comportent notamment les problèmes d'organisation du travail, de management, d'ambiance et de stress au travail.

3.2.3 Calendrier de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale répétée à un an, observationnelle, monocentrique, comparative et évaluative.

Le questionnaire a été envoyé par courrier au domicile de chaque patient, associé à une lettre (annexe 4) expliquant l'objectif de l'étude ainsi qu'une enveloppe de retour timbrée. En cas de retour pour adresse erronée, les coordonnées ont été recherchées dans l'annuaire puis le questionnaire renvoyé à la nouvelle adresse identifiée. Lorsqu'aucune adresse valide n'était retrouvée, un appel téléphonique était réalisé avec le dernier numéro de téléphone connu et un message laissé sur la boîte vocale. Lorsque ni l'adresse postale ni le numéro de téléphone n'étaient valides, le patient était alors exclu de l'étude.

Pour les patients n'ayant pas répondu au questionnaire, une relance téléphonique était réalisée 2 à 3 mois après l'envoi du courrier. Les patients pouvaient alors remplir le questionnaire par téléphone ou demander le renvoi du questionnaire au domicile ou refuser de participer à l'étude. Un message vocal était laissé sur le répondeur en l'absence de réponse.

En parallèle, des informations complémentaires ont été extraites des dossiers médicaux informatisés ainsi que des dossiers médicaux papier.

3.3 CNIL

Une demande a été réalisée le 25 juin 2015 auprès de Mr Sallaberry, correspondant informatique et libertés du CHU de Poitiers pour accord de la CNIL.

Ainsi la lettre accompagnant le questionnaire de l'étude mentionnait : « *Les données vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique. En application des dispositions de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès à vos données personnelles, en consultation, rectification, et le cas échéant suppression, en adressant une demande écrite au Chef de service de médecine Physique et de réadaptation du CHU de Poitiers, 2 rue de la Milètrie, CS 90577, 86021 POITIERS Cedex* ».

Enfin, le fait de retourner le questionnaire rempli était considéré comme un accord tacite du patient pour participer à cette étude.

3.4 Evaluation

3.4.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le fait d'avoir une activité professionnelle un an après la date de sortie d'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort, permettant ainsi d'évaluer le retour à l'emploi au décours de l'hospitalisation. C'est une donnée qualitative renseignée par le patient dans le questionnaire.

3.4.2 Critères de jugement secondaires

Les facteurs évalués ont été renseignés à partir des questionnaires remplis par les patients ainsi qu'à partir de leurs dossiers médicaux dans le service de MPR du CHU de Poitiers.

3.5 Analyse statistique

3.5.1 Méthode d'analyse

L'ensemble des données issues des questionnaires ainsi que celles issues des dossiers médicaux informatisés et papier ont été reportées dans un tableau Excel.

L'analyse statistique a été réalisée sur le site biostatgv permettant la réalisation de tests statistiques en ligne. Pour les données qualitatives avec effectifs supérieurs à 5, le test utilisé est le chi-deux et pour les effectifs inférieurs à 5, celui de Fisher. Pour les données quantitatives, c'est le test de Wilcoxon – Mann Whitney qui a été utilisé.

Une régression logistique univariée a été réalisée concernant le facteur ambiance.

3.5.2 Degré de signification statistique prévu

Un $p < 0.05$ sera considéré comme statistiquement significatif.

4 Résultats

4.1 Population étudiée : effectif et caractéristiques démographiques

4.1.1 Diagramme de flux

Parmi tous les patients hospitalisés dans le service entre janvier 2008 et août 2013, ont été sélectionnés ceux ayant une manifestation morbide principale ou une affection étiologique appartenant à une liste pré-établie de CIM 10 pouvant correspondre au diagnostic de lombalgie.

Parmi ces 365 patients, seuls 265 avaient effectué un séjour de 4 semaines dans le cadre d'un reconditionnement à l'effort.

46 de ces patients ne travaillaient pas (chômage ou retraite), 1 était décédé en 2011, 17 présentaient une lombalgie secondaire à une autre pathologie ou à un accident de la voie publique, 6 étaient en post opératoire immédiat et 23 patients avaient des coordonnées non valides, soit un total de 172 patients incluables dans l'étude.

Parmi les 172 questionnaires envoyés, 107 questionnaires nous ont été retournés dont 2 non utilisables (questionnaires vierges) soit, au total, 61% de réponses analysables (figure 6).

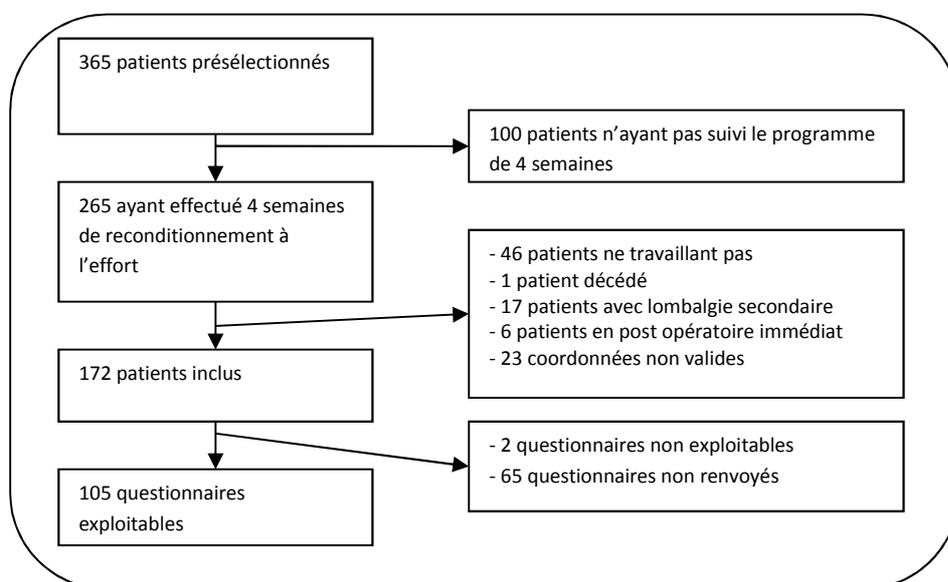


Figure 6 : diagramme de flux

4.1.2 Caractéristiques de la population étudiée

4.1.2.1 Caractéristiques de la population incluse

L'âge moyen était de 45 ans, allant de 22 à 61 ans. 96 patients (56%) étaient de sexe masculin.

111 patients (65%) étaient mariés. Le nombre moyen d'enfants était de 1.7 allant de 0 à 5 enfants (tableau 3).

	Moyenne	Ecart type
Age (années)	45	8.8
	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Hommes	96	56
Femmes	76	44
Situation maritale		
Marié	111	65
En couple	19	11
Divorcé	18	10
Veuf	1	< 1
Célibataire	19	11
Inconnu	4	2
	Moyenne	Ecart type
Nombre d'enfants	1.7	1.1

Tableau 3 : caractéristiques générales de la population incluse

4.1.2.2 Caractéristiques de la population ayant répondu au questionnaire

4.1.2.2.1 Caractéristiques générales

L'âge moyen était de 45.2 ans, allant de 25 à 58 ans. 56 patients (53%) étaient de sexe masculin.

74 patients (70%) étaient mariés et le nombre moyen d'enfants était de 1.8 allant de 0 à 5 enfants (tableau 4).

	Moyenne	Ecart type
Age (années)	45.2	8.1
	Nombre	Pourcentage
Sexe		
Hommes	56	53
Femmes	49	47
Situation maritale		
Marié	74	70
En couple	12	11
Divorcé	8	8
Veuf	1	1
Célibataire	10	10
	Moyenne	Ecart type
Nombre d'enfants	1.8	1.1

Tableau 4 : caractéristiques générales de la population ayant répondu au questionnaire

La population ayant répondu au questionnaire est comparable à la population incluse dans l'étude concernant l'âge, le sexe, le statut marital ainsi que le nombre d'enfants.

4.1.2.2.2 Score de DALLAS à l'entrée

Les scores moyens à l'entrée dans le service pour l'autoquestionnaire de DALLAS étaient de (figure 7):

- 56.3% (+/-15.9) pour les répercussions sur les activités de la vie quotidienne (allant de 18 à 93%)
- 64% (+/- 19.6) de répercussions sur les activités professionnelles (allant de 20 à 100%)
- 44.1% (+/- 24.6) de répercussions sur la dépression (allant de 0 à 95%)
- 32.7% (+/- 24.7) de répercussions sur la sociabilité (allant de 0 à 100%)
- les scores ne sont pas connus pour 8 patients

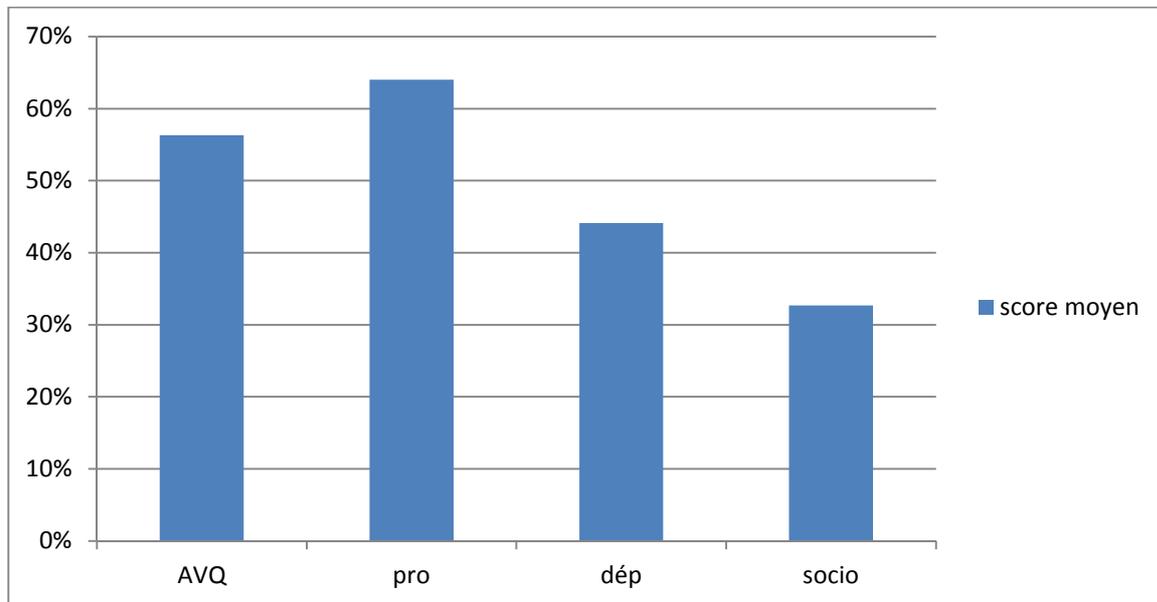


Figure 7 : score moyen (en %) lors du questionnaire de DALLAS à l'entrée dans le service

4.1.2.2.3 Mesures et indicateurs à l'entrée dans le service

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) de la douleur était en moyenne de 4.4/10 avec des valeurs comprises entre 0 et 9/10. L'indice de Masse Corporelle (IMC) était en moyenne de 25.8 kg/m², allant de 17 à 49 kg/m².

La distance doigts-sol (DDS) était en moyenne de 21.2 cm (+/- 14.2) allant de 0 à plus de 50 cm.

Le score de Schober était en moyenne de 10+3.6 cm (+/- 1.1) allant de 10+1 à 10+5 cm (tableau 5).

	Moyenne (écart type)	Données manquantes (nombre)
EVA	4.4 (1.9)	3
IMC (kg/m ²)	25.8 (5.5)	2
DDS (cm)	21.2 (14.2)	0
Schober (cm)	10+3.6 (1.1)	7

Tableau 5 : mesures effectuées chez les patients à l'entrée dans le service

40 patients (38%) pratiquaient une activité physique au moins deux fois par semaine. (NR=1)

41 patients (39%) étaient fumeurs (NR=1). Le facteur tabac n'est pas significativement lié aux résultats de l'auto-questionnaire de Dallas à l'entrée dans le service (répercussion de la douleur chronique sur les AVQ, vie professionnelle et loisirs, anxiété/dépression, sociabilité).

L'ancienneté des douleurs est en moyenne de 57 mois (+/- 73.1). 16 patients (15%) présentaient une douleur évoluant depuis moins d'un an, 43 (41%) souffraient depuis 2 ans ou plus (dont 19 (18%) depuis 10 ans ou plus). (NR=0).

75 patients (71%) présentaient une douleur irradiant dans la jambe jusqu'au genou ou en dessous. (NR=0)

70 patients (67%) avaient pratiqué la méthode McKenzie chez un kinésithérapeute et 48 (46%) avaient bénéficié d'un test au corset dans le service. (NR=0)

31 patients (29.5%) avaient été opérés en raison de leur lombalgie (NR=0). Le fait d'avoir été opéré avant l'hospitalisation en MPR n'est pas significativement lié à une plus grande exposition à des facteurs de pénibilité sollicitants pour le rachis lombaire (port de charges lourdes, postures pénibles, vibrations, station debout prolongée ou déplacements longs en voiture).

33 patients (31%) avaient déjà consulté au centre anti douleur. (NR=0)

4.1.2.2.4 Mesures et indicateurs après la sortie

L'EVA et la distance doigts-sol sont en diminution par rapport au début de l'hospitalisation.

Les patients étaient plus nombreux à pratiquer une activité physique après leur sortie d'hospitalisation.

6 patients ont été opérés de leur lombalgie dans l'année suivant leur sortie d'hospitalisation. Leur EVA de sortie était plus élevée que celle des patients n'ayant pas été opérés dans l'année suivant leur sortie d'hospitalisation mais la différence n'est pas significative ($p < 0.07$).

92 patients (88%) se sont présentés à leur consultation de suivi après leur sortie d'hospitalisation.

Il persiste des douleurs lombaires pour 89% des patients. Il existe une réduction des douleurs chez 70.5% des patients. 83 patients (80%) estiment globalement que l'hospitalisation en MPR leur a rendu service avec un taux moyen de satisfaction de 74% (tableau 6).

	Moyenne (écart type)	Données manquantes (nombre)
EVA	2.6 (2)	5
DDS	7.6 (9.7)	8
	Oui (nombre)/(%)	Non répondu (nombre)
Activité physique	67 (65)	2
Chirurgie dans les 12 mois suivant l'hospitalisation	6 (6)	0
Persistance lombalgie	92 (89)	2
Réduction des douleurs	72 (70.5)	3

Tableau 6 : mesures et indicateurs après la sortie d'hospitalisation

4.1.2.2.5 Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service

33 patients (32%) avaient un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat, 53 (52%) étaient détenteurs d'un CAP ou d'un BEP. (NR=3)

86 patients (83%) étaient employés en CDI et 11 (10.5%) en CDD. 7 patients avaient un autre type de contrat et aucun patient n'était intérimaire (NR = 1).

19 patients (19%) travaillaient depuis moins de 5 ans dans leur entreprise. 64 patients (63%) travaillaient dans la même entreprise depuis plus de 10 ans. (NR=3). 50 (50.5%) étaient au même poste de travail depuis plus de 10 ans. (NR= 6).

34 patients (32%) souffraient de lombalgies dues à un accident du travail dont 5 n'avaient pas été déclarés et 5 n'avaient pas été reconnus (NR=0). 18 (18%) souffraient de lombalgies dues à une maladie professionnelle dont 6 n'avaient pas été déclarées et 2 n'avaient pas été reconnues (NR=6). Cependant 84.5% des patients pensaient que leur lombalgie était due à leur travail et 66% se sentaient à risque de perdre leur travail du fait de leurs douleurs.

La durée moyenne d'arrêt de travail au cours de l'année précédant l'hospitalisation était de 7.4 mois. 11 patients (11%) n'avaient pas eu d'arrêt de travail durant cette période. (NR= 5)

La durée totale de l'arrêt de travail en raison des lombalgies avant l'hospitalisation était en moyenne de 18.1 mois. 5 patients (6%) n'avaient eu aucun arrêt de travail. (NR=18)

L'ambiance au travail était considérée comme bonne pour 43 patients (42%), moyenne pour 48 patients (47%) et mauvaise pour 12 patients (12%). (NR=2)

Concernant les facteurs de pénibilité au travail, les patients étaient surtout exposés à la station debout prolongée (80%), à la nécessité d'une concentration soutenue (78%), à des contraintes de rythme (77%) et des postures pénibles prolongées (75%). Le port de charges lourdes concernait 74% des patients.

Les patients se sentaient plus soutenus par leurs collègues (67%) que par leur hiérarchie (44%).

Le stress au travail était significativement (**p<0.02**) plus important pour les salariés avec une ancienneté > à 20 ans dans l'entreprise (25 soit 71%) que pour les autres (28 soit 42%)(NR=4)(tableau 7).

46 patients (44%) bénéficiaient d'une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH). (NR=1)

	Oui (nombre)/(%)	non répondu (nombre)
Travail intéressant	97 / (94)	2
Satisfaction au travail	93 / (91)	3
Représentant du personnel	74 / (73)	4
CHSCT	55 / (58)	10
Soutien de la hiérarchie	41 / (44)	12
Soutien des collègues	62 / (67)	12
Modification du planning	46 / (45)	2
Port de charges lourdes	75 / (74)	4
Station debout	82 / (80)	2
Gestes répétitifs	54 / (52)	2
Postures pénibles	79 / (75)	0
Concentration soutenue	81 / (78)	1
Contrainte de rythme	79 / (77)	3
Vibrations	32 / (31)	2
Déplacements longs en voiture	32 / (31)	1
Températures extrêmes	52 / (49.5)	0
Horaires de nuit	28 / (28)	4
Stress au travail	54 / (52)	1
Salaire en accord avec travail fourni	40 / (39)	2
Perspectives d'évolution	42 / (40)	1
Travail monotone	16 / (15.5)	2
Valeur travail importante	94 / (93)	4
Imputation douleur au travail	82 / (84.5)	8
A risque de perdre son travail	69 / (66)	1

Tableau 7 : caractéristiques professionnelles des patients

4.1.2.2.6 Evolution professionnelle

67% des patients avaient bénéficié d'une visite de pré reprise. 40% des visites étaient à l'initiative des patients, 26 % à l'initiative des médecins conseil, 18% à l'initiative des médecins généralistes, 45,5 % à l'initiative des médecins du travail et 7% à l'initiative d'autres personnes. 29% des visites de pré reprise étaient à l'initiative de plus d'une personne (NR=3).

43 patients ont été déclaré inaptes à leur poste de travail. Parmi eux, 14 (35%) patients ont retrouvé un autre emploi (NR=3)(tableau 8)

	Oui (nombre)/(%)	Non répondu (nombre)
Rencontre médecin du travail pendant l'hospitalisation	29 / (28)	1
Visite de pré reprise	68 / (67)	4
Visite de reprise	73 / (76)	9
Aménagement du poste	42 / (42)	5
Restrictions d'aptitude	63 / (66)	10
RQTH	64 / (61)	0
Temps partiel thérapeutique	40 / (41)	7
Rencontre avec le médecin conseil	55 / (55)	5
Invalidité	21 / (21)	4
Inaptitude	43 / (43)	6

Tableau 8 : évolution professionnelle des patients après leur sortie d'hospitalisation

64 (69,5%) patients ont repris le travail pendant au moins 4 semaines consécutives au cours des 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation (NR=13). Parmi eux, 44 (69%) ont travaillé 4 semaines consécutives dans les 2 premiers mois suivant leur hospitalisation. (figure 8)

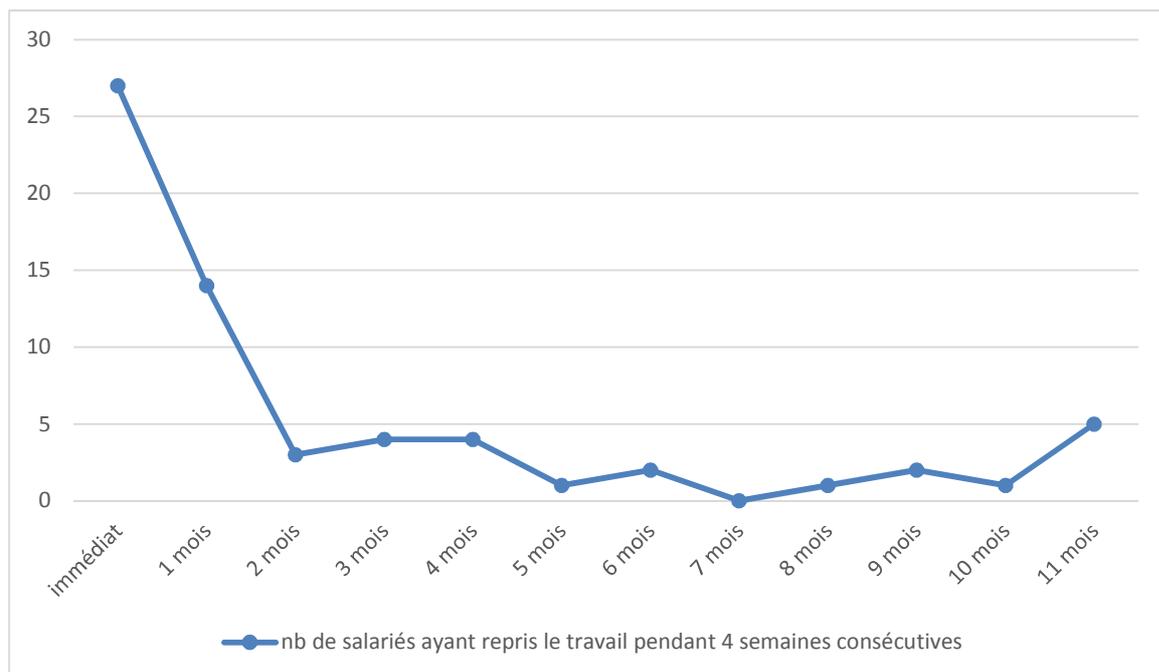


Figure 8 : temps entre la sortie d'hospitalisation et la reprise de 4 semaines consécutives de travail

4.2 Critère de jugement principal

72 % des patients avaient une activité professionnelle un an après leur sortie d'hospitalisation (tableau 9). Le temps de travail était en moyenne de 39,1 h (+/- 9,5 h) allant de 8 à 70 heures

par semaine (NR = 1). Parmi les patients ayant une activité professionnelle à un an, 60 (81%) travaillaient dans la même entreprise qu'avant leur hospitalisation en MPR (NR =2).

	Oui (nombre)/(%)	Non répondu (nombre)
Activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation	74 / (72)	2

Tableau 9 : activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation

4.3 Critères de jugement secondaires

4.3.1 Evaluation des facteurs concernant le retour à l'emploi à un an

Evaluation des facteurs selon le fait d'avoir ou non une activité professionnelle un an après la sortie d'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort.

4.3.1.1 Caractéristiques générales

Les femmes ont significativement ($p < 0.03$) plus repris le travail à un an (40 = 83%) que les hommes (34 = 62%). Il n'y a pas de différence significative selon l'âge concernant la reprise du travail à un an de la sortie d'hospitalisation. La catégorie d'âge où il y a le moins de reprise du travail à un an est celle des 55-59 ans (50% de reprise) suivie par celle des 30-34 ans (64% de reprise)(figure 9).

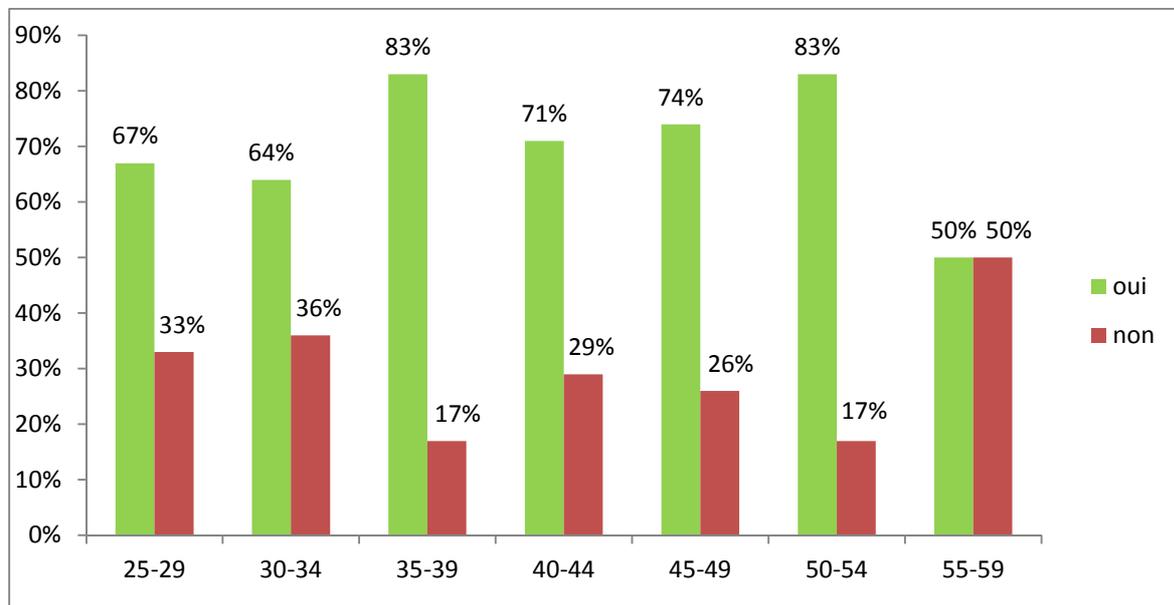


Figure 9 : pourcentage de reprise du travail à un an par catégorie d'âge en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation (exemple de lecture : parmi la catégorie des 25-29 ans, 67 % avaient une activité professionnelle à un an de leur sortie d'hospitalisation).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la situation maritale ni le fait d'avoir ou non un conjoint : 63 (85%) patients ayant repris le travail à un an avaient un conjoint contre 22 (76%) pour ceux n'ayant pas repris le travail.

On ne retrouve pas de différence significative concernant le nombre d'enfants (1.9 enfants en moyenne pour ceux n'ayant pas repris le travail à un an et 1.7 enfants pour les autres).

4.3.1.2 Score de Dallas

4.3.1.2.1 Score de DALLAS à l'entrée

Le score de répercussion sur les activités de la vie quotidienne est en moyenne de 54.7% (+/- 14) pour les patients ayant repris le travail à un an et en moyenne de 59.9% (+/- 15.9) pour les autres patients (DNS).

Il existe une différence significative ($p < 0.02$) concernant la répercussion sur la vie professionnelle avec une moyenne de 60.6% (+/- 19.7) pour les patients ayant repris le travail à un an contre 71.1% (+/- 16) pour les patients n'ayant pas repris le travail à un an.

On ne retrouve pas de différence significative concernant la répercussion sur la dépression (43.5% (+/- 24.6) pour ceux ayant repris le travail à un an contre 45.9% (+/- 24.8) pour les autres) ni sur la sociabilité (32.5% (+/- 24.3) pour les patients ayant repris le travail à un an contre 31.1% (+/- 22.7) pour les autres patients)(figure 10).

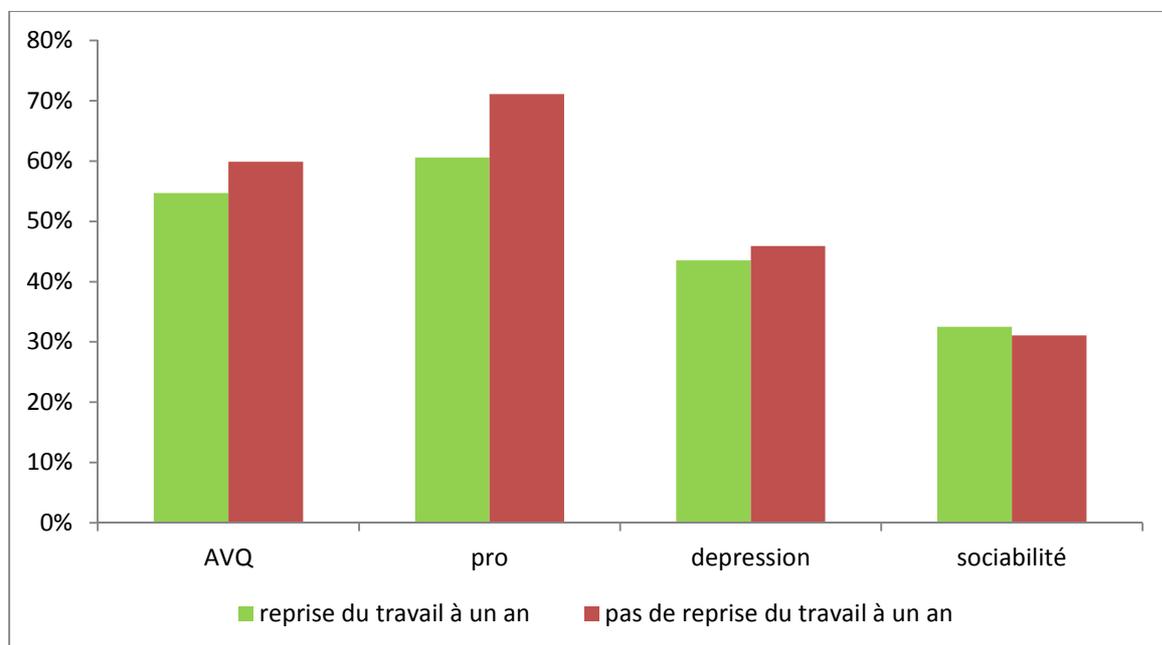


Figure 10 : score moyen lors de l'auto questionnaire de DALLAS à l'entrée dans le service en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

4.3.1.2.2 Score de DALLAS lors de la consultation de suivi

Les scores de DALLAS lors de la consultation de suivi sont, en moyenne, plus bas que les scores à l'entrée dans le service pour les deux groupes.

Les scores des patients n'ayant pas repris le travail à un an sont, en moyenne, plus élevés que ceux des patients ayant repris le travail à un an. Il existe une différence significative entre les deux groupes concernant la répercussion sur la vie professionnelle ($p < 0.04$) et la répercussion sur la dépression ($p < 0.05$) (figure 11).

Les scores de 9 patients n'ayant pas repris le travail et de 18 patients ayant repris le travail à un an ne sont pas connus.

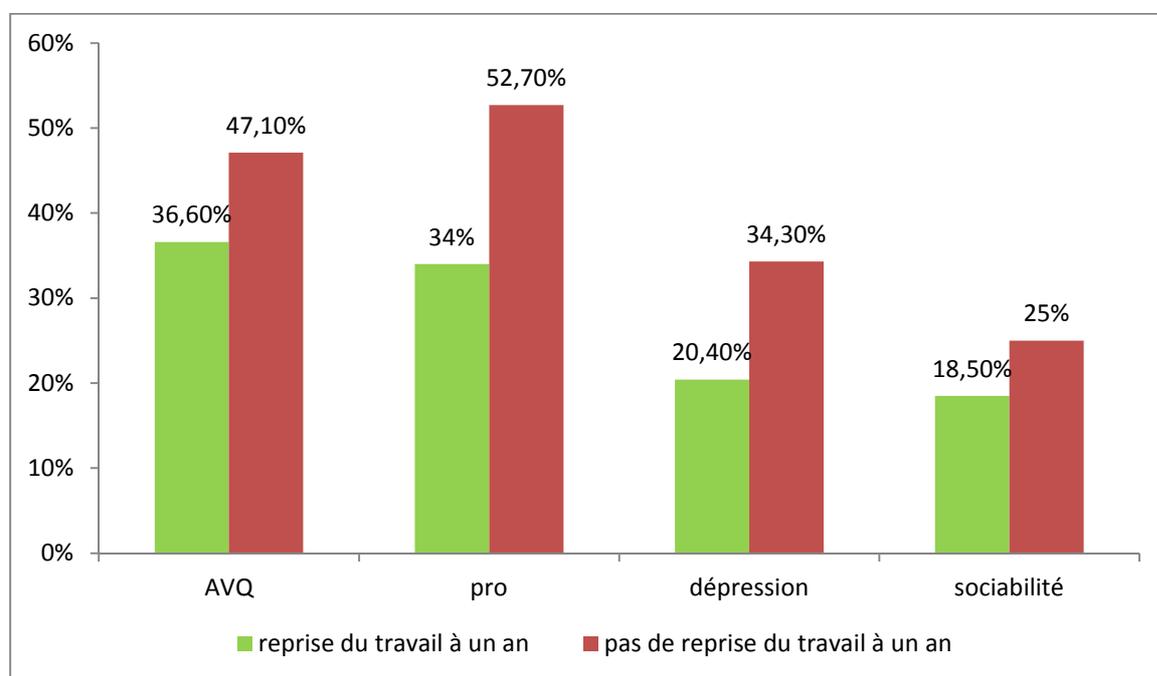


Figure 11 : score de DALLAS moyen lors de la consultation de suivi en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

4.3.1.2.3 Différence entre le score de DALLAS à l'entrée et à la sortie du service

En moyenne, les scores de Dallas sont améliorés à la sortie d'hospitalisation pour les 4 catégories.

On ne retrouve pas de différence significative concernant la reprise du travail à un an (figure 12).

Les scores de 4 patients n'ayant pas repris le travail et de 13 patients ayant repris le travail à un an ne sont pas connus.

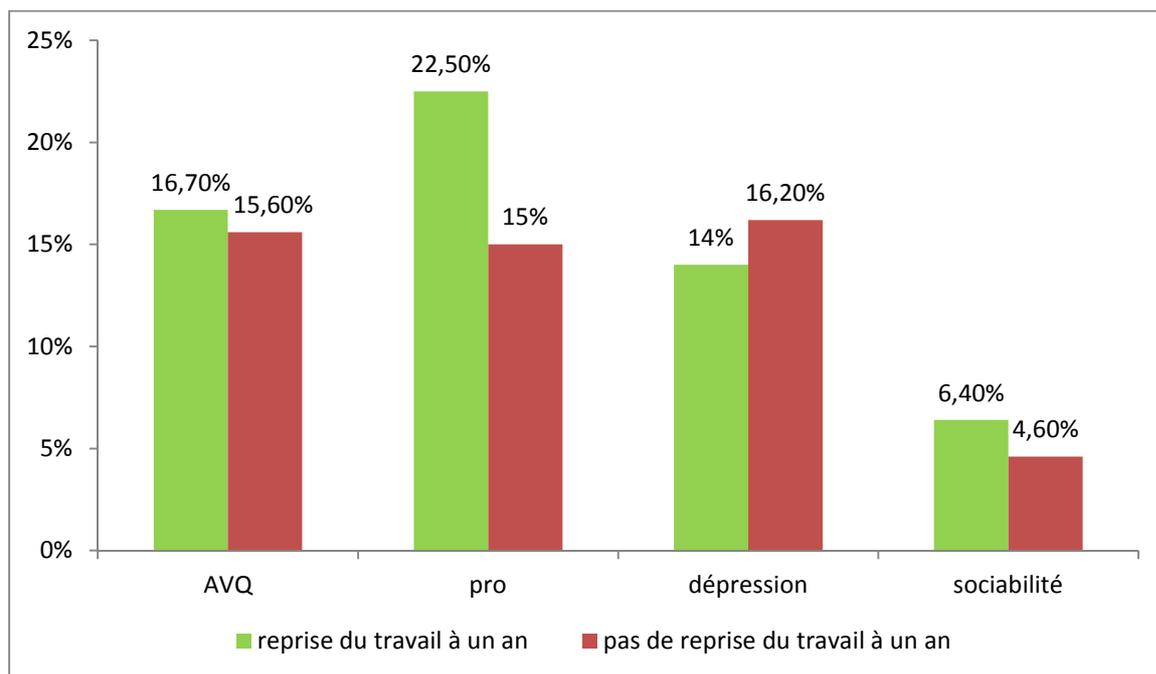


Figure 12 : différence entre le questionnaire de DALLAS à l'entrée et à la sortie en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

4.3.1.2.4 Différence entre le score de DALLAS à la sortie du service et lors de la consultation de suivi

En moyenne, les patients ayant repris le travail à un an ont une amélioration concernant les quatre catégories mais celle-ci est moins importante que pendant la période d'hospitalisation.

En revanche, on note en moyenne une dégradation des scores concernant les activités de la vie quotidienne ainsi que la dépression et une amélioration moindre des scores concernant l'activité professionnelle ainsi que la sociabilité pour les patients n'ayant pas repris le travail à un an.

Il existe une différence significative entre les deux groupes concernant le score de dépression ($p < 0.02$). Il n'existe pas de différence significative pour les autres catégories (figure 13).

Les résultats sont inconnus pour 26 patients ayant repris le travail à un an et pour 12 patients n'ayant pas repris le travail à un an.

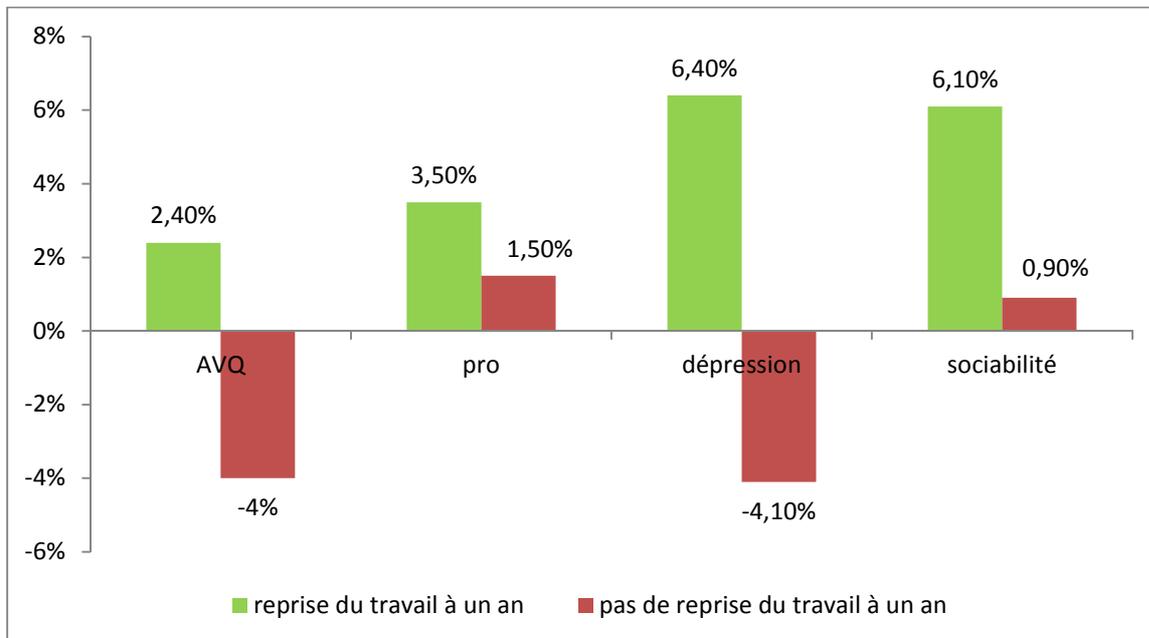


Figure 13 : différence entre le score de DALLAS lors de la sortie et lors de la consultation de suivi en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation (exemple de lecture : le score de Dallas concernant la répercussion sur la dépression s'est amélioré de 6.4% en moyenne entre la sortie d'hospitalisation et la consultation de suivi pour les patients ayant une activité professionnelle à 1 an de leur sortie d'hospitalisation alors qu'il s'est dégradé de 4.1% en moyenne pour les patients n'ayant pas d'activité professionnelle à 1 an de la sortie d'hospitalisation)

4.3.1.2.5 Différence entre le score de DALLAS à l'entrée dans le service et lors de la consultation de suivi

Il existe une amélioration globale des scores moyens pour l'ensemble des patients. Cette amélioration est plus importante pour les patients ayant repris le travail à un an pour les quatre catégories (DNS).

Le score de répercussion sur la vie professionnelle est le plus amélioré : 25.9% pour les patients ayant repris le travail et 20% pour les patients n'ayant pas repris le travail (figure 14).

Ces résultats ne sont pas connus pour 22 patients ayant repris le travail à un an et 10 patients n'ayant pas repris le travail à un an.

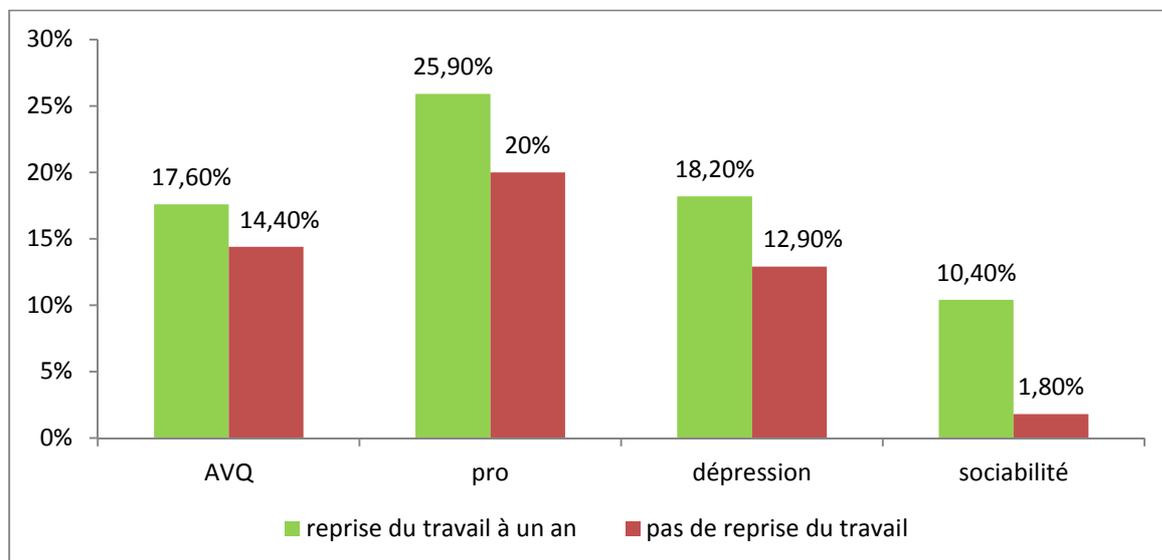


Figure 14 : différence entre le score de DALLAS à l'entrée et lors de la consultation de suivi en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

4.3.1.3 Mesures et indicateurs à l'entrée dans le service

L'EVA est en moyenne plus basse (4.2/10) pour les patients ayant repris le travail à un an que pour les autres patients (4.9/10)(DNS).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la DDS, l'IMC ou l'indice de Schober (tableau 10).

	Moyenne (écart type)	Données manquantes (nombre)	Significativité
EVA			
Travail à un an	4.2 (2)	0	DNS
Pas de travail à un an	4.9 (1.7)	0	
DDS (cm)			
Travail à un an	20.4 (14.5)	0	DNS
Pas de travail à un an	24.2 (12.6)	0	
IMC (kg/m ²)			
Travail à un an	25.3 (5.6)	0	DNS
Pas de travail à un an	27 (5)	0	
Schober (cm)			
Travail à un an	10+3.6 (1.1)	7	DNS
Pas de travail à un an	10+3.4 (1)	1	

Tableau 10 : mesures à l'entrée dans le service en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

L'ancienneté des douleurs est en moyenne de 49 mois (+/- 69.4) pour les salariés n'ayant pas d'activité professionnelle un an après leur sortie d'hospitalisation et de 59 mois (+/- 74.2) pour les autres (DNS).

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant le statut tabagique. Le tabagisme actif est de 34% pour les patients ayant une activité professionnelle à un an et de 51% pour les autres.

Concernant l'irradiation aux membres inférieurs jusqu'au genou ou en dessous, elle est moins souvent retrouvée chez les patients ayant repris le travail à un an (50 = 68%) que chez les autres (24 = 83%) mais la différence n'est pas significative (NR=0).

On ne retrouve pas de différence significative concernant l'activité physique avant l'hospitalisation, la pratique du McKenzie, le test au corset ou la chirurgie avant l'hospitalisation (figure 15).

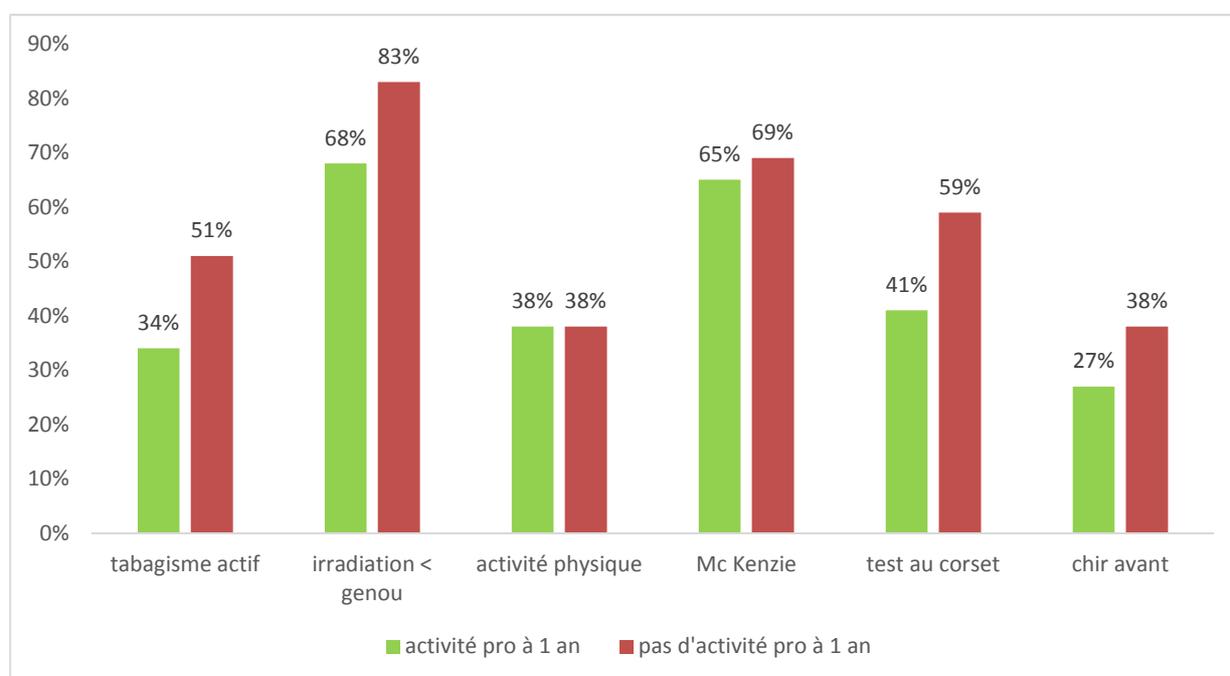


Figure 15 : indicateurs à l'entrée dans le service en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation (%)

4.3.1.4 Mesures et indicateurs après la sortie

On ne retrouve pas de différence significative concernant l'EVA de sortie (1.1/10 pour les patients ayant une activité professionnelle à un an et 2/10 pour les autres) ni pour l'évolution de la distance doigts-sol (diminution moyenne de 13 cm pour les deux groupes).

Concernant l'activité physique après la sortie d'hospitalisation, 50 (68%) patients ayant repris le travail à un an pratiquaient une activité physique au moins deux fois par semaine (NR = 1) contre 16 (57%) pour ceux n'ayant pas repris le travail (NR = 1) (DNS).

3 (4%) patients ayant repris le travail à un an ont été opérés en raison de leur lombalgie dans les 12 mois suivant la fin de l'hospitalisation (NR = 1) tout comme 3 (10%) patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an (NR = 2)(DNS).

65 patients (88%) ayant repris le travail à un an avaient assisté à leur consultation de suivi tout comme 86 % (25) des autres (DNS).

Concernant les consultations au centre anti douleur, on ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes puisque 32 (43%) patients ayant une activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation y ont eu recours contre 15 patients (52%) pour l'autre groupe.

Concernant l'état clinique des patients au moment de la réponse au questionnaire, 64 (88%) patients ayant une activité professionnelle à un an rapportaient la persistance de douleurs lombaires (NR = 2) tout comme 26 (90%) autres patients (NR = 0). Par ailleurs, 50 (69%) patients ayant repris le travail à un an (NR = 2) et 21 (75%) autres patients (NR = 1) indiquaient une réduction de leurs douleurs depuis l'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort.

62 (84%) patients ayant repris le travail à un an estimaient que l'hospitalisation en rééducation leur avait rendu service (avec un taux de satisfaction moyen de 76%)(NR = 0) contre 20 (71%) patients de l'autre groupe (avec un taux de satisfaction moyen de 68%) (NR = 1)(DNS).

4.3.1.5 Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service

Le niveau d'études des patients ayant repris le travail à un an était significativement (**p<0.05**) plus élevé que pour les autres patients puisque 27 (40%) patients avait un niveau supérieur ou égal au baccalauréat (NR = 3) contre 5 (19%) pour les autres patients (NR = 0).

62 (85%) patients ayant repris le travail à un an étaient en contrat à durée indéterminé (CDI) (NR = 1) tout comme 22 (76%) patients n'ayant pas repris le travail (DNS).

Le temps de travail moyen était comparable entre les deux groupes avec 38.8h par semaine pour les patients ayant repris le travail à un an et 39.5h pour les autres patients.

Plus l'ancienneté dans l'entreprise est importante, plus les patients ont une activité professionnelle à un an de leur sortie d'hospitalisation (**p<0.05**). Les patients ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans leur entreprise ont significativement (**p<0.02**) plus repris le travail que les autres patients. 50% des patients avec une ancienneté inférieure ou égale à un an avaient repris le travail à un an de leur sortie d'hospitalisation alors qu'ils étaient 90% à avoir repris le travail à un an lorsque l'ancienneté était comprise entre 10 et 20 ans (figure 16).

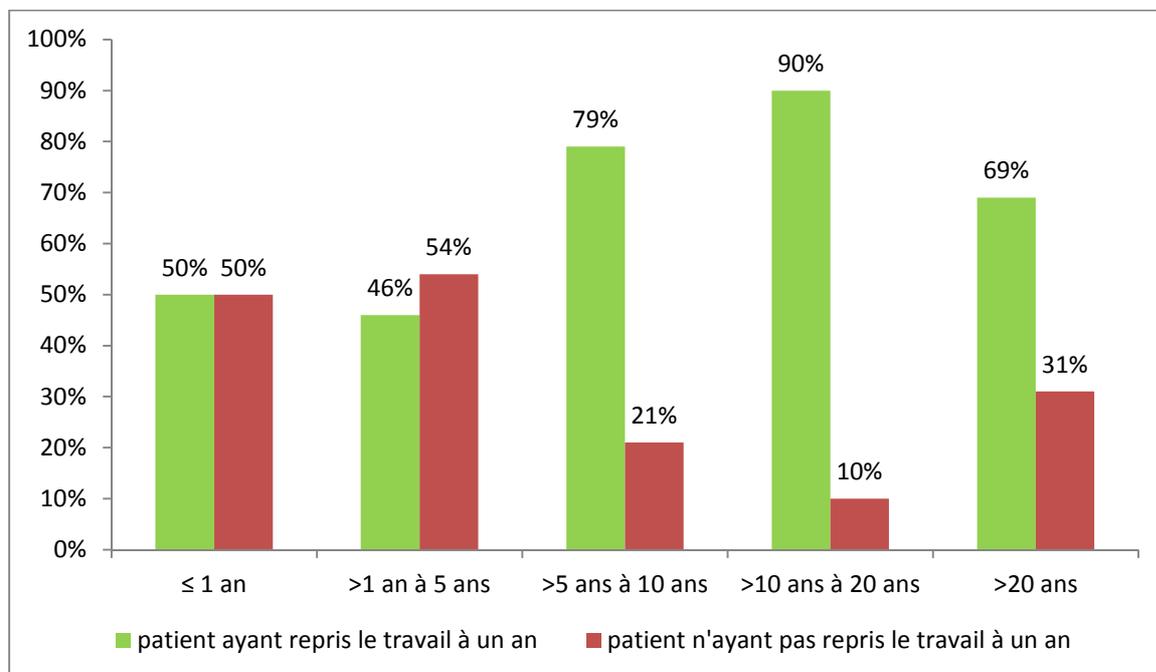


Figure 16 : reprise du travail (%) selon l'ancienneté dans l'entreprise en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

19 (26%) patients ayant repris le travail souffraient de lombalgies en lien avec un accident du travail (dont 3 non déclarés et 1 non reconnu) contre 13 (45%) pour les autres patients (dont 2 non déclarés et 4 non reconnus)(NR = 0)(DNS). 12 (17%) patients ayant repris le travail souffraient de lombalgies en lien avec une maladie professionnelle (dont 4 non déclarées et 1 non reconnue) (NR = 3) contre 6 (23%) des autres patients (dont 2 non déclarées et 1 non reconnue)(NR = 3). 56 (85%) patients ayant repris le travail à un an (NR = 8) et 24 (83%) patients de l'autre groupe (NR = 0) pensaient que leur travail était responsable de leurs douleurs lombaires.

Il existe une différence significative ($p < 0.01$) entre les deux groupes concernant la durée de l'arrêt de travail dans l'année précédant l'hospitalisation (6.4 mois pour ceux ayant repris le travail à un an contre 9.4 mois pour les autres) ainsi que la durée totale de l'arrêt de travail en raison des lombalgies (14.9 mois pour ceux ayant repris le travail à un an contre 32.7 mois pour les autres)(tableau 11).

	Durée moyenne (mois)	Ecart type (mois)	Non répondu (nombre)	significativité
Arrêt de travail dans l'année précédant l'hospitalisation				
Travail à un an	6.4	4.7	5	p<0.01
Pas de travail à un an	9.4	4	0	
Arrêt de travail total en raison des lombalgies				
Travail à un an	14.9	13.7	10	p<0.01
Pas de travail à un an	32.7	22.7	7	

Tableau 11 : durée de l'arrêt de travail en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

Les patients ayant repris le travail à un an se sentaient significativement moins à risque de perdre leur travail du fait de leur douleur (44 = 60%)(NR = 0) que les autres patients (24 = 83%)(NR = 1)($p < 0.05$).

Il existe une différence significative ($p < 0.05$) entre les deux groupes concernant l'ambiance au travail cependant la régression logistique univariée n'a pas permis de déterminer le sens de ce lien (figure 17).

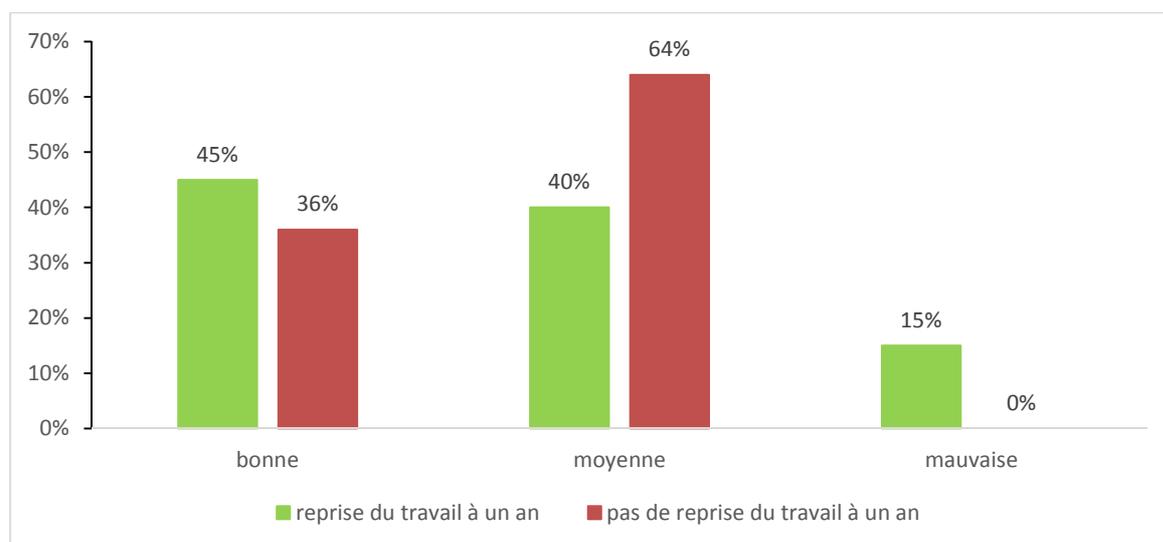


Figure 17 : ambiance au travail (%) en fonction de l'activité professionnelle à un an de l'hospitalisation

Concernant les facteurs de pénibilité, les patients n'ayant pas repris le travail étaient significativement plus exposés aux vibrations ($p < 0.05$). Ils sont également plus exposés aux gestes répétitifs (différence à la limite de la significativité), aux contraintes de rythme, au port de charges lourdes, aux températures extrêmes ainsi qu'aux horaires de nuit (DNS).

Les patients ayant repris le travail sont plus exposés aux déplacements longs en voiture, à la nécessité d'avoir une concentration soutenue pendant leur travail et ils se ressentent également plus stressés au travail (DNS)(tableau 12).

	Oui (nombre) / (%)	Non répondu (nombre)	significativité
Port de charge			
Travail à 1 an	50 / (70)	3	DNS
Pas de travail à 1 an	24 / (83)	0	
Station debout prolongée			
Travail à 1 an	57 / (79)	2	DNS
Pas de travail à 1 an	23 / (79)	0	
Gestes répétitifs			
Travail à 1 an	34 / (47)	1	DNS
Pas de travail à 1 an	19 / (68)	1	
Postures pénibles			
Travail à 1 an	55 / (74)	0	DNS
Pas de travail à 1 an	23 / (79)	0	
Concentration soutenue			
Travail à 1 an	54 / (74)	1	DNS
Pas de travail à 1 an	25 / (86)	0	
Contrainte de rythme			
Travail à 1 an	52 / (72)	2	DNS
Pas de travail à 1 an	25 / (89)	1	
Vibrations			
Travail à 1 an	18 / (25)	1	p<0.05
Pas de travail à 1 an	14 / (48)	0	
Déplacements longs en voiture			
Travail à 1 an	25 / (34)	1	DNS
Pas de travail à 1 an	6 / (21)	0	
Températures extrêmes			
Travail à 1 an	32 / (43)	0	DNS
Pas de travail à 1 an	18 / (62)	0	
Horaires de nuit			
Travail à 1 an	17 / (24)	3	DNS
Pas de travail à 1 an	10 / (34)	0	
Stress au travail			
Travail à 1 an	39 / (53)	1	DNS
Pas de travail à 1 an	13 / (45)	0	
Possibilité modification planning			
Travail à 1 an	27 / (38)	2	DNS
Pas de travail à 1 an	8 / (28)	0	

Tableau 12 : facteurs de pénibilité en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

La satisfaction au travail était élevée dans les 2 groupes. Elle concernait 65 patients (92%) parmi ceux ayant une activité professionnelle à 1 an et 26 patients (90%) pour les autres (NR = 3). De même, plus de 90% des patients trouvaient leur travail intéressant et ce, sans différence entre les deux groupes (69 patients (95%) pour ceux ayant une activité professionnelle à 1 an (NR = 1) et 26 patients (93%) pour les autres (NR = 1)).

Cependant, 10 (14%) patients ayant repris le travail à un an (NR = 1) et 6 (21%) parmi les autres patients (NR = 1) trouvaient leur travail monotone (DNS).

Le travail comportait des perspectives d'évolution pour 32 (44%) patients ayant repris le travail (NR = 1) et pour 9 (31%) patients de l'autre groupe. De même, 30 (41%) patients ayant repris le travail à 1 an (NR = 1) et 9 (32%) autres patients (NR = 1) estimaient que leur salaire était en accord avec le travail fourni (DNS).

53 (75%) patients ayant repris le travail à un an (NR = 3) avaient des représentants du personnel dans leur entreprise et 42 (61%) (NR = 5) un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) contre respectivement 19 (68%) (NR = 1) et 13 (52%) (NR = 4) pour les autres patients (DNS).

Parmi les patients ayant repris le travail à un an, 31 (48%)(NR = 9) se sentaient soutenus par leur hiérarchie (10 (38%)(NR = 3) pour les autres salariés) et 45 (68%)(NR = 9) soutenus par leurs collègues (16 (62%)(NR = 3) pour les autres)(DNS).

Par ailleurs, les patients n'ayant pas repris le travail à un an étaient significativement moins reconnus en qualité de travailleurs handicapés(RQTH) (23 = 32%)(NR = 1) que les autres patients (21 =72%)(**p<0.01**).

4.3.1.6 Evolution professionnelle

62 (94%) patients ayant une activité professionnelle à un an de leur sortie d'hospitalisation avaient repris le travail pendant 4 semaines consécutives minimum au cours de l'année suivant le reconditionnement à l'effort (NR = 8). A contrario, 24 (92%) des patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an de leur sortie d'hospitalisation n'avaient jamais repris le travail pendant une période de 4 semaines consécutives minimum pendant les 12 mois suivant la sortie d'hospitalisation (NR = 3)(figure 18). La différence est significative (**p<0.001**).



Figure 18 : temps entre la sortie d'hospitalisation et la reprise de 4 semaines consécutives de travail en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation (nombre de patients)

20 (27%) patients ayant repris le travail (NR = 1) et 8 (28%) autres avaient rencontré leur médecin du travail pendant l'hospitalisation.

Parmi les 74 patients ayant une activité professionnelle à un an, 61 (85%) avaient repris le travail dans la même entreprise (NR = 2). Leur temps de travail moyen était de 35.6h (+/- 11.9h).

47 (66%) patients ayant une activité professionnelle à un an et 20 (69%) autres patients avaient bénéficié d'une visite de pré reprise auprès de leur médecin du travail.

Concernant les patients ayant repris une activité professionnelle à un an, les visites de pré reprise étaient surtout à l'initiative des médecins du travail (24 = 51%), des patients (16 = 34%) puis des médecins conseils (9 = 19%) et des médecins généralistes (6 = 13%). 4 (8.5%) patients avaient eu des visites de pré reprise à l'initiative d'une autre personne. 12 (25.5%) patients avaient indiqué plus d'une personne à l'initiative de la visite.

Concernant les patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an, les visites de pré reprise étaient surtout à l'initiative du patient (11 = 55%), des médecins conseil (8 = 40%), des médecins du travail (6 = 30%) et des médecins généralistes (5 = 25%). Un patient avait eu une visite de pré reprise à l'initiative d'une autre personne. 7 (35%) patients avaient indiqué plus d'une personne à l'initiative de la visite.

On ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la visite de pré reprise, la visite de reprise, les aménagements de poste et les restrictions d'aptitude.

Les patients ayant une activité professionnelle à un an ont significativement moins de RQTH au moment du remplissage du questionnaire (**p<0.03**) que les autres patients. Cependant, par rapport à avant le séjour de reconditionnement à l'effort, le nombre de RQTH pour les patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an est plutôt stable (72% avant et 79% après) alors qu'il est en augmentation pour les autres patients (32% avant et 53% après).

Les patients ayant une activité professionnelle à un an ont eu plus recours au temps partiel thérapeutique (46%) que les autres patients (26%) mais la différence est non significative.

Les patients ayant une activité professionnelle à un an ont significativement (**p<0.05**) moins vu le médecin conseil (48% VS 75%) et ont significativement (**p<0.05**) moins de reconnaissance en invalidité (13% VS 43%). Ils ont également eu beaucoup moins d'inaptitude médicale au poste de travail (27% VS 88%) (**p<0.01**)(tableau 13).

	Oui (nombre)/ (%)	Non répondu (nombre)	significativité
Visite de pré reprise			
Travail à un an	47 / (66)	3	DNS
Pas de travail à un an	20 / (69)	0	
Visite reprise			
Travail à un an	52 / (74)	4	DNS
Pas de travail à un an	20 / (80)	4	
Aménagement de poste			
Travail à un an	33 / (46)	2	DNS
Pas de travail à un an	9 / (32)	1	
Restriction aptitude			
Travail à un an	43 / (64)	7	DNS
Pas de travail à un an	19 / (70)	2	
RQTH			
Travail à un an	39 / (53)	0	p<0.03
Pas de travail à un an	23 / (79)	0	
Temps thérapeutique partiel			
Travail à un an	32 / (46)	4	DNS
Pas de travail à un an	7 / (26)	2	
Rencontre avec le médecin conseil			
Travail à un an	34 / (48)	3	p<0.05
Pas de travail à un an	21 / (75)	1	
Invalidité			
Travail à un an	9 / (13)	2	p<0.05
Pas de travail à un an	12 / (43)	1	
Inaptitude			
Travail à un an	20 / (27)	1	p<0.01
Pas de travail à un an	22 / (88)	4	

Tableau 13 : indicateurs relatifs au retour au travail en fonction de l'activité professionnelle à 1 an de l'hospitalisation

4.3.2 Evaluation des facteurs concernant l'inaptitude médicale au poste de travail

Evaluation des données par rapport au fait d'avoir eu une inaptitude médicale au poste de travail après une hospitalisation pour reconditionnement à l'effort.

4.3.2.1 Caractéristiques générales

43 (43%) patients ont été déclarés inaptes à leur poste de travail (NR = 5).

17 (37%) femmes et 26 (49%) hommes ont été mis inaptes à leur poste de travail (DNS). On n'observe pas de différence significative en fonction de l'âge (figure 19), ni de la situation

maritale (34 (79%) patients mis inaptés et 48 (86%) patients n'ayant pas eu d'inaptitude avaient un conjoint).

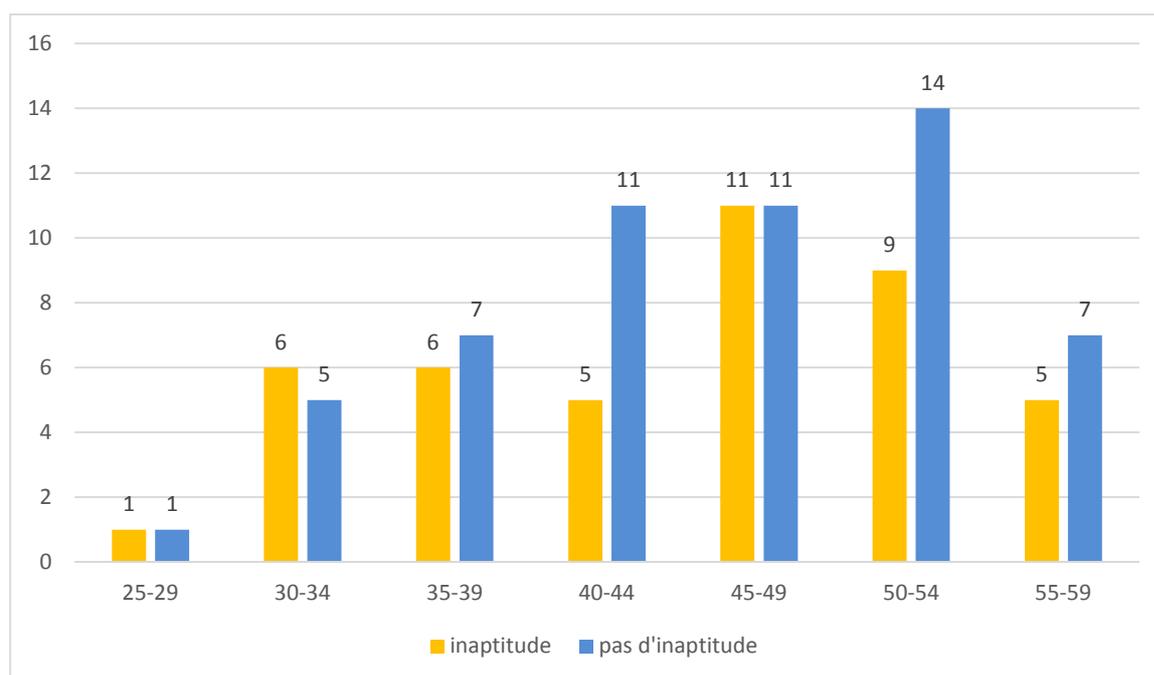


Figure 19 : nombre de patients avec ou sans inaptitude en fonction de l'âge (exemple de lecture : 6 patients déclarés inaptés avaient entre 30 et 34 ans)

Le nombre moyen d'enfants était de 2 pour les patients ayant eu une inaptitude et 1.71 pour les autres (DNS).

4.3.2.2 Score de Dallas

4.3.2.2.1 Score de DALLAS à l'entrée

Le score de répercussion sur les activités de la vie quotidienne est en moyenne de 62.6% (+/- 15.7) pour les patients ayant eu une inaptitude médicale au poste de travail (NR = 3) alors qu'il est en moyenne de 52.3% (+/-14.7) pour les autres patients (NR = 4)(Différence significative **p< 0.03**)

Il existe une différence significative (**p<0.001**) concernant la répercussion sur la vie professionnelle avec une moyenne de 71.6% (+/-20.6) pour les patients ayant eu une inaptitude médicale au poste de travail (NR = 3) contre 58.2% (+/-17.6) pour les autres patients (NR = 5).

Concernant la répercussion sur la dépression, elle est de 51.6% (+/-26.1) pour les personnes mises inaptés (NR = 3) alors qu'elle est de 40.6% (+/-21.6) pour les autres (NR = 5)(différence significative **p<0.05**)

La répercussion sur la sociabilité est également significativement différente (**p< 0.05**) avec une moyenne de 42.1% (+/-28.6) pour les patients mis inaptés (NR = 3) contre 27.5% (+/-19.5) pour les autres (NR = 5)(figure 20).

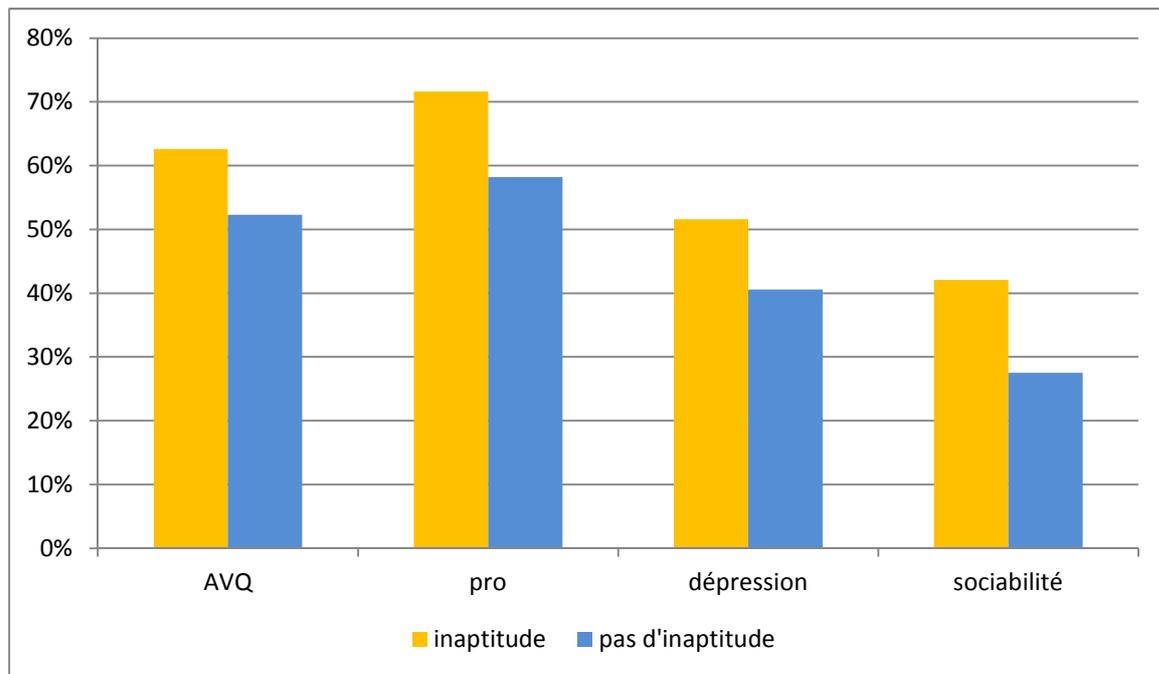


Figure 20 : score moyen lors de l'auto questionnaire de DALLAS à l'entrée dans le service avec ou sans inaptitude

4.3.2.2.2 Score de DALLAS lors de la consultation de suivi

Les scores de DALLAS lors de la consultation de suivi sont, en moyenne, plus bas que les scores à l'entrée dans le service pour les deux groupes.

La répercussion sur les activités de la vie quotidienne est significativement différente (**p< 0.01**) entre les patients ayant été mis inaptés (moyenne 48.8% +/- 20.5) et les autres (moyenne 33.4% +/- 20).

Il existe une différence significative (**p< 0.001**) concernant les répercussions sur la vie professionnelle avec une moyenne de 53.3% (+/- 26.3) pour les patients ayant été mis inaptés contre une moyenne de 29.6% (+/- 18.7) pour les autres.

Le score de répercussion sur la dépression est de 34.8 % en moyenne (+/- 29.7) pour les patients ayant été mis inaptés et de 19.1% (+/- 19.1) pour les autres. La différence est significative (**p<0.05**).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la répercussion sur la sociabilité ($p < 0.07$) avec une moyenne de 28.3% (+/- 27.7) pour les patients ayant été mis inaptes et 16.3% (+/- 16.6) pour les autres (figure 21).

Les scores de 14 patients ayant été mis inaptes et de 11 patients n'ayant pas eu d'inaptitude médicale au poste de travail ne sont pas connus.

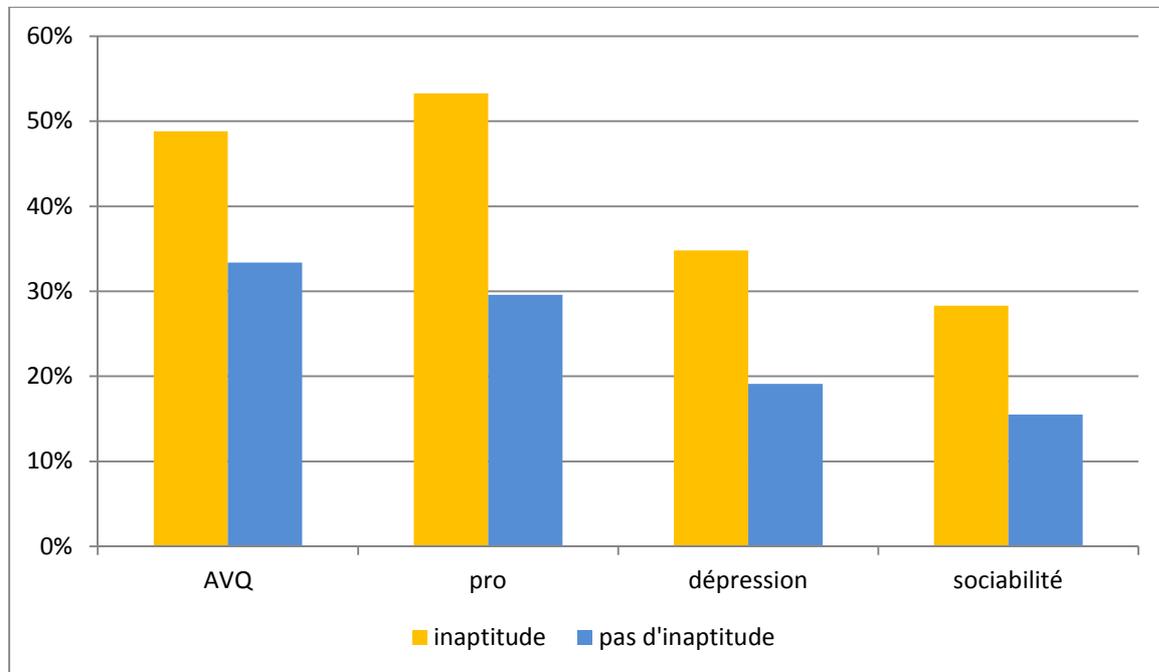


Figure 21 : score de DALLAS moyen lors de la consultation de suivi avec ou sans inaptitude

4.3.2.2.3 Différence entre le score de DALLAS à l'entrée dans le service et lors de la consultation de suivi

Il existe une amélioration globale des scores moyens pour l'ensemble des patients.

L'amélioration est significativement plus importante pour les patients n'ayant pas eu d'inaptitude concernant la répercussion sur la vie professionnelle ($p < 0.02$) et concernant la répercussion sur la dépression ($p < 0.05$) (figure 22).

La différence n'est pas connue pour 15 patients déclarés inaptes et pour 15 patients n'ayant pas eu d'inaptitude.

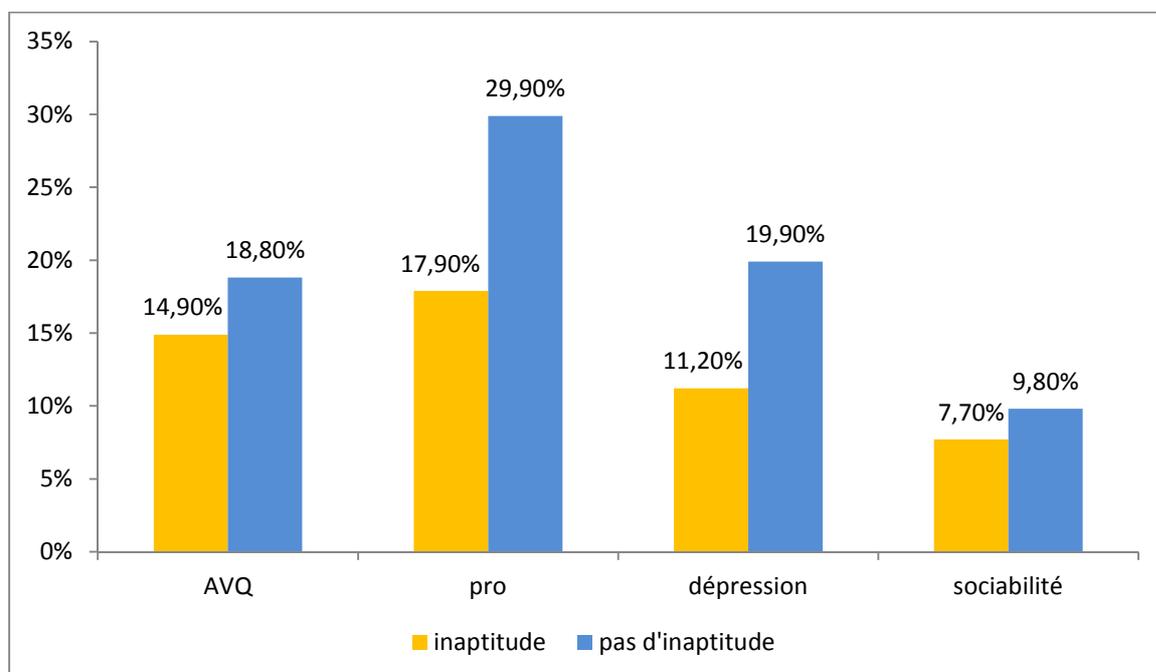


Figure 22 : différence entre le score de DALLAS à l'entrée et lors de la consultation de suivi avec ou sans inaptitude

4.3.2.3 Mesures et indicateurs à l'entrée dans le service

La distance doigts-sol lors de l'examen clinique d'entrée est significativement ($p < 0.01$) plus importante pour les patients ayant eu une inaptitude médicale au poste de travail (25.8 cm en moyenne) que pour les autres patients (17.6 cm en moyenne)

On ne retrouve pas de différence significative concernant l'EVA, l'IMC ou l'indice de Schober (tableau 14).

	Moyenne (écart type)	Non renseigné (nombre)	significativité
EVA			
Inaptitude	4.8 (1.9)	0	DNS
Pas d'inaptitude	4.1 (2)	3	
DDS (cm)			
Inaptitude	25.8 (13.2)	0	p<0.01
Pas d'inaptitude	17.6 (14.2)	0	
IMC (kg/m ²)			
Inaptitude	26.3 (5)	0	DNS
Pas d'inaptitude	25.5 (6)	2	
Schober (cm)			
Inaptitude	10+3.6 (1.1)	4	DNS
Pas d'inaptitude	10+3.6 (1.1)	3	

Tableau 14 : mesures à l'entrée dans le service avec ou sans inaptitude

L'ancienneté des douleurs est en moyenne de 43.4 mois (+/- 54.6) pour les patients ayant eu une inaptitude et de 66.8 mois (+/- 84.5) pour les autres patients (DNS).

Les patients ayant eu une inaptitude médicale au poste de travail étaient significativement ($p < 0.01$) plus tabagiques (NR=1) que les autres patients (23 tabagiques actifs (55%) contre 15 (27%).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la radiculalgie en dessous du genou, l'activité physique avant l'hospitalisation, la pratique du McKenzie, le test au corset ou la chirurgie avant l'hospitalisation (figure 23).

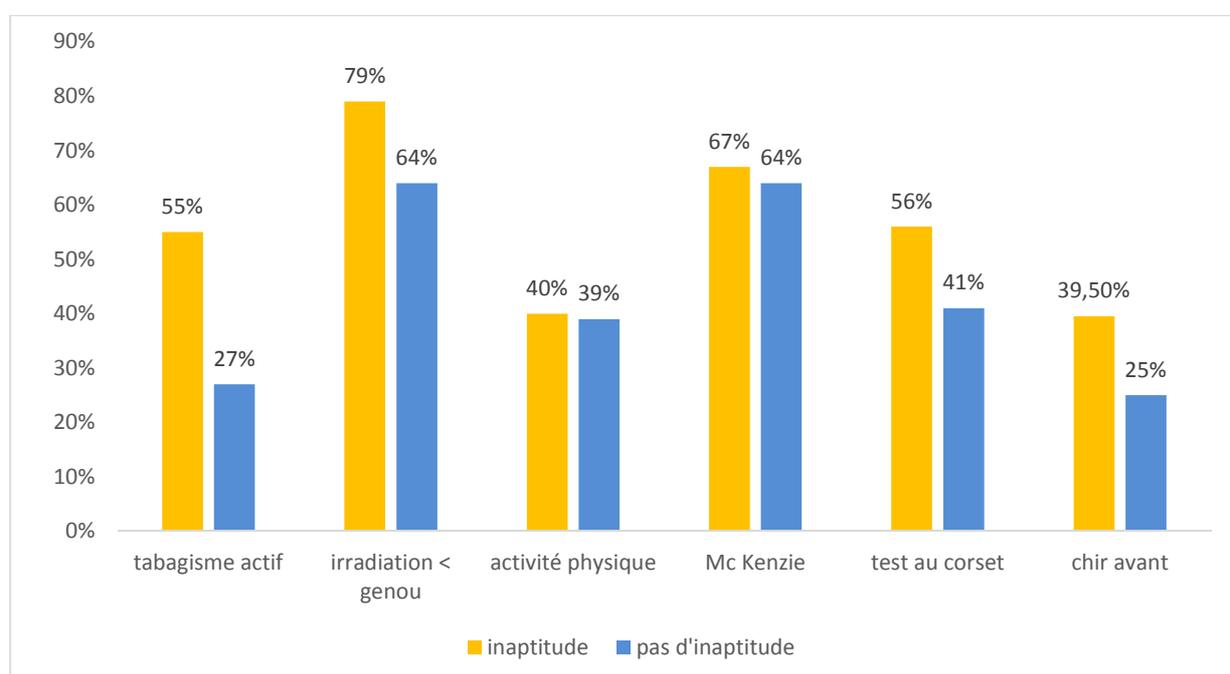


Figure 23 : indicateurs à l'entrée dans le service en fonction de la mise en inaptitude (%)

4.3.2.4 Mesures et indicateurs après la sortie

L'EVA à la sortie était significativement ($p < 0.03$) plus élevée pour les patients ayant été ensuite mis inaptés à leur poste (moyenne 3.1 +/- 2)(NR = 1) que pour les autres patients (moyenne 2.2 +/- 1.9)(NR = 4).

On ne retrouve pas de différence significative concernant la distance doigts-sol à la sortie d'hospitalisation (9.4 cm (+/- 10.4) en moyenne pour les patients ayant été mis inaptés (NR = 5) et 6.1 cm (+/- 8.9) pour les autres patients (NR = 3)).

26 (62%) patients déclarés inaptes (NR = 1) et 40 (71%) autres patients pratiquaient une activité physique après leur sortie d'hospitalisation (DNS).

De même, 5 (12%) patients ayant été mis inaptes ont été opérés en raison de leur lombalgie dans les 12 mois suivant la fin de l'hospitalisation contre 1 (2%) pour les autres patients (DNS).

35 (81%) patients déclarés inaptes ont assisté à leur consultation de suivi contre 52 (93%) patients n'ayant pas eu d'inaptitude (DNS).

Au total, 28 (65%) patients mis inaptes ont consulté le centre anti douleur contre 19 soit 34% pour les autres. La différence est significative (**p<0.05**).

Concernant l'état clinique des patients au moment de la réponse au questionnaire, 40 (95%) patients ayant été mis inaptes à leur poste de travail rapportaient la persistance de douleurs lombaires tout comme 47 (85%) autres patients (DNS). Par ailleurs, 27 (63%) patients ayant été mis inaptes et 41 (76%) autres patients (NR = 2) indiquaient une réduction de leurs douleurs depuis l'hospitalisation pour reconditionnement à l'effort (DNS).

Enfin, 29 (69%) patients ayant été mis inaptes à leur poste de travail (NR = 1) estimaient que l'hospitalisation en rééducation leur avait rendu service (avec une satisfaction moyenne de 67%) contre 50 (89%) autres patients (avec une satisfaction moyenne de 77%)(différence significative **p<0.05**).

4.3.2.5 Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service

On ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le niveau d'études puisque 11 (28%) patients déclarés inaptes à leur poste (NR = 4) et 21 (40%) autres patients (NR = 3) avaient un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat. A noter que 34 (81%) patients déclarés inaptes (NR = 1) et 49 (87.5%) autres patients étaient en contrat à durée indéterminé (DNS). Le temps de travail moyen était respectivement de 39.8 h et de 39.4 h (DNS).

Il existe une différence significative entre les 2 groupes concernant l'ancienneté des patients dans leur entreprise (**p<0.02**). Plus l'ancienneté dans l'entreprise est faible, plus on constate que la proportion d'inaptitude augmente, sauf pour la catégorie des patients ayant plus de 20 ans d'ancienneté dans l'entreprise. Ainsi, 100% des patients ayant une ancienneté dans l'entreprise inférieure ou égale à 1 an ont ensuite été déclarés inaptes à leur poste de travail. L'ancienneté dans l'entreprise n'est pas connue pour 2 patients ayant été mis inaptes (figure 24).

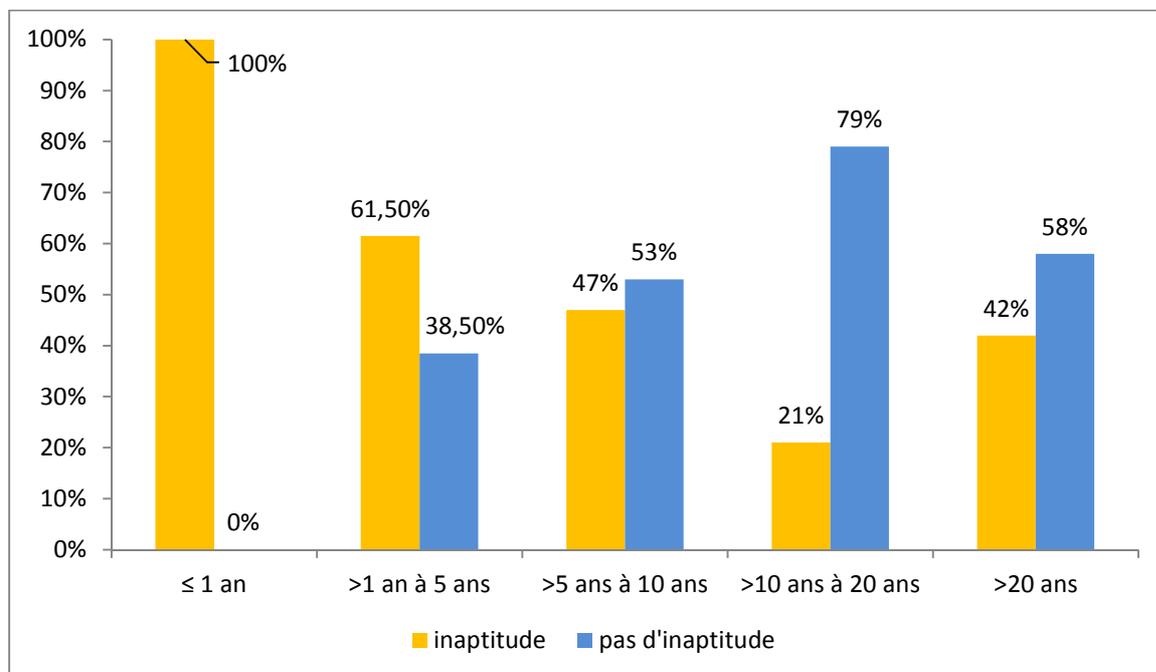


Figure 24 : reprise du travail en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise (%) avec ou sans inaptitude (exemple de lecture : 47% des salariés avec une ancienneté comprise entre >5 ans et 10 ans ont eu une inaptitude médicale au poste de travail).

21 (49%) patients ayant été déclarés inaptes souffraient de lombalgies en lien avec un accident du travail dont 4 rapportaient un accident du travail non déclaré et 3 un AT non reconnu contre 11 (20%) pour les autres patients dont 1 rapportait un accident du travail non déclaré et 2 un AT non reconnu (différence significative $p < 0.01$).

A contrario, il n'existe pas de différence significative concernant les maladies professionnelles puisque 10 (25%) patients déclarés inaptes (NR = 3) souffraient de lombalgies en lien avec une maladie professionnelle dont 5 rapportaient une maladie professionnelle non déclarée et 1 une MP non reconnue contre 8 (15%)(NR = 2) autres patients dont 1 rapportait une maladie professionnelle non déclarée et 1 une MP non reconnue. De même, 36 (88%) patients déclarés inaptes (NR = 2) et 40 (80%) autres patients (NR = 6) pensaient que leur travail était responsable de leurs douleurs lombaires.

Il existe une différence significative ($p < 0.01$) entre les deux groupes concernant la durée de l'arrêt de travail dans l'année précédant l'hospitalisation (10 mois pour ceux déclarés inaptes contre 5.1 mois pour les autres) ainsi que pour la durée totale de l'arrêt de travail en raison des lombalgies avant l'hospitalisation (respectivement 29.3 mois et 12 mois)(tableau 15).

	Durée moyenne (mois) / (écart type)	Non répondu (nombre)	significativité
Arrêt de travail dans l'année précédant l'hospitalisation			
Inaptitude	10 / (3.4)	2	p<0.01
Pas d'inaptitude	5.1 / (4.5)	3	
Arrêt de travail total en raison des lombalgies			
Inaptitude	29.3 / (20.2)	8	p<0.01
Pas d'inaptitude	12 / (12.7)	6	

Tableau 15 : durée des arrêts de travail avec ou sans inaptitude

Les patients ayant été mis inaptes à leur poste de travail se sentaient significativement (**p<0.01**) plus à risque de perdre leur travail du fait de leur douleur (NR = 1) que les autres patients (34 soit 81% VS 30 soit 54%).

L'ambiance au travail était qualifiée de bonne pour 17 soit 42% des patients déclarés inaptes et pour 25 soit 45% des autres patients, moyenne pour 19 soit 46% des patients déclarés inaptes (24 soit 43% des autres salariés) et mauvaise pour 12% des patients des 2 catégories (respectivement 5 et 7 patients) (DNS)(figure 25). L'ambiance au travail n'est pas connue pour 2 patients déclarés inaptes.

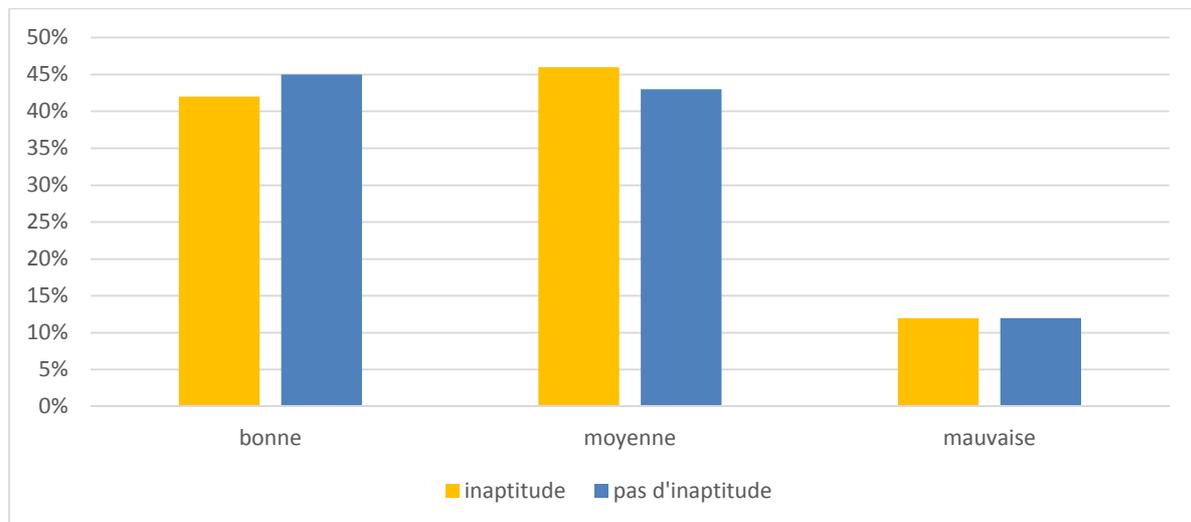


Figure 25 : ambiance au travail avec ou sans inaptitude (%)

Concernant les facteurs de pénibilité, les patients déclarés inaptes sont significativement (**p<0.02**) plus soumis aux gestes répétitifs à leur poste de travail (67%) que les autres patients (38%). Ils sont également plus soumis aux températures extrêmes (58%) que les autres (37.5%) mais la différence n'est pas significative (p<0.07). On n'observe pas de différence concernant les autres facteurs de pénibilité (tableau 16).

	Oui (nombre) / (%)	Non répondu (nombre)	significativité
Port de charge			
Inaptitude	33 / (79)	1	DNS
Pas d'inaptitude	37 / (68.5)	2	
Station debout prolongée			
Inaptitude	33 / (79)	1	DNS
Pas d'inaptitude	43 / (78)	1	
Gestes répétitifs			
Inaptitude	28 / (67)	1	p<0.02
Pas d'inaptitude	21 / (38)	1	
Postures pénibles			
Inaptitude	34 / (79)	0	DNS
Pas d'inaptitude	39 / (70)	0	
Concentration soutenue			
Inaptitude	32 / (74)	0	DNS
Pas d'inaptitude	44 / (80)	1	
Contrainte de rythme			
Inaptitude	34 / (83)	2	DNS
Pas d'inaptitude	40 / (73)	1	
Vibrations			
Inaptitude	15 / (36)	1	DNS
Pas d'inaptitude	14 / (25)	1	
Déplacements longs en voiture			
Inaptitude	10 / (23)	0	DNS
Pas d'inaptitude	21 / (38)	1	
Températures extrêmes			
Inaptitude	25 / (58)	0	DNS (p<0.07)
Pas d'inaptitude	21 / (37.5)	0	
Horaires de nuit			
Inaptitude	10 / (24)	2	DNS
Pas d'inaptitude	17 / (31)	2	
Stress au travail			
Inaptitude	20 / (48)	1	DNS
Pas d'inaptitude	31 / (55)	0	
Possibilité modifier planning			
Inaptitude	17 / (40)	1	DNS
Pas d'inaptitude	17 / (31)	1	

Tableau 16 : facteurs de pénibilité en fonction de la mise en inaptitude

La satisfaction au travail était élevée dans les 2 groupes (40 soit 93% pour les patients ayant été mis inaptés et 47 soit 89% pour les autres patients (NR = 3)). De même, plus de 90% des patients trouvaient leur travail intéressant sans différence entre les deux groupes (40 soit 95 % pour les patients déclarés inaptés et 51 soit 93% pour les autres)(NR = 1 pour chaque

groupe). Cependant, 8 (19%) patients mis inaptes (NR = 1) et 8 (15%) autres patients (NR = 1) trouvaient leur travail monotone. (DNS)

Le travail comportait des perspectives d'évolution pour 16 (37%) patients déclarés inaptes et pour 24 (44%) des autres patients (NR = 1). Le salaire était en accord avec le travail fourni pour 15 (36%) patients déclarés inaptes (NR = 1) et pour 22 (40%) autres patients (NR = 1). (DNS)

25 (62.5%) patients ayant été mis inaptes avaient des représentants du personnel dans leur entreprise (NR = 3) et 19 (51%) un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)(NR = 6) contre respectivement 44 (80%)(NR = 1) et 34 (63%)(NR = 2) pour les autres patients (DNS).

Parmi les patients mis inaptes, 17 (45%) se sentaient soutenus par leur hiérarchie (NR = 5)(21 soit 43% pour les autres salariés (NR = 7)) et 21 (57%) soutenus par leurs collègues (NR = 6) (37 soit 74% pour les autres (NR = 6)) ; la différence est non significative.

Lors de leur entrée dans le service, les patients déclarés inaptes avaient significativement (**p<0.001**) plus de reconnaissance en qualité de travailleurs handicapés (RQTH)(31 soit 72%) que les autres patients (11 soit 20%)(NR = 1).

4.3.2.6 Evolution professionnelle

Dans l'année suivant leur sortie d'hospitalisation, les patients ayant été déclarés inaptes ont significativement (**p<0.001**) moins effectué une période de travail de 4 semaines consécutives (NR = 7) que les autres patients (NR = 4) ; en effet, 16 (44%) patients déclarés inaptes ont repris le travail pendant au moins 4 semaines consécutives contre 48 (92%) patients n'ayant pas eu d'inaptitude (figure 26).

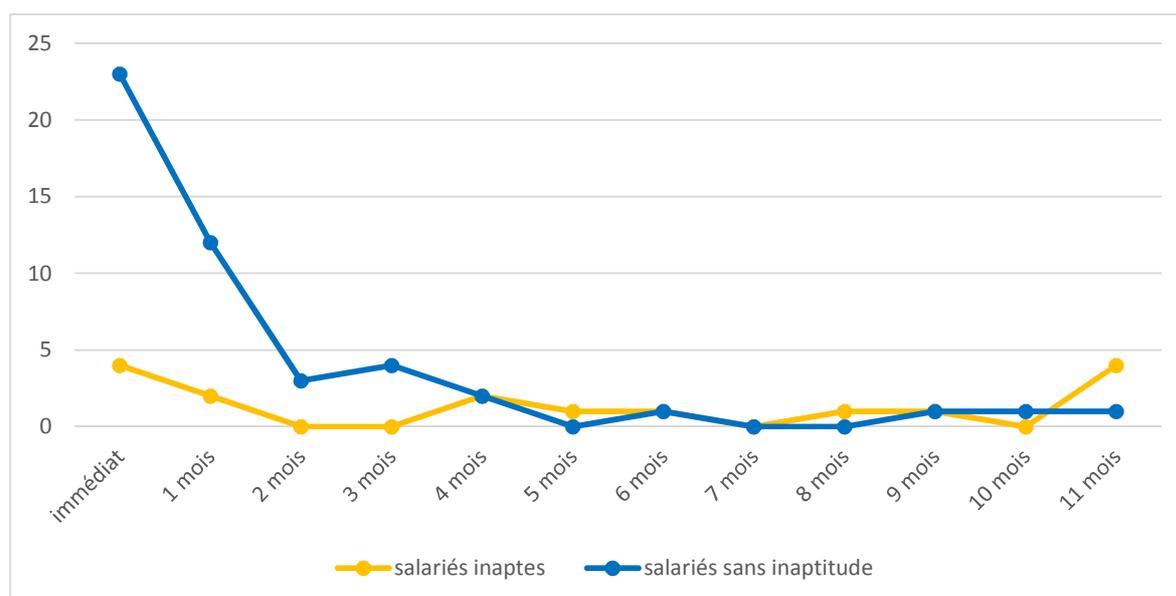


Figure 26 : temps entre la sortie d'hospitalisation et la reprise du travail pendant 4 semaines consécutives minimum avec ou sans inaptitude (nombre de salariés)

A un an de leur sortie d'hospitalisation, 20 (48%) patients ayant été mis inaptes (NR = 1) étaient en activité (dont 11 soit 55% dans la même entreprise (NR = 2)) alors qu'ils étaient 53 (95%) patients n'ayant pas eu d'inaptitude à être en activité à un an de leur sortie d'hospitalisation (**p<0.001**) (dont 4 (7.5%) dans une autre entreprise).

A noter que 15 (36%) patients mis inaptes (NR = 1) et 12 (21%) autres patients avaient rencontré le médecin du travail pendant l'hospitalisation (DNS).

La visite de pré reprise avait été réalisée pour 88% des patients ayant été mis inaptes contre 55% pour les autres patients (**p<0.002**).

Le médecin du travail était à l'initiative de 17 (47%) visites de pré reprise pour les patients ayant été mis inaptes, 15 (42%) à l'initiative du patient, 13 (36%) à l'initiative du médecin conseil et 7 (19%) à l'initiative du médecin traitant. De plus, 2 patients avaient déclaré une personne autre comme étant à l'origine de la visite. A noter que 13 des 36 patients avaient indiqué plus d'une personne à l'initiative de la visite.

Pour les patients n'ayant pas eu d'inaptitude, la visite de pré reprise était à l'initiative du médecin du travail dans 43% des cas (soit 13 visites), du patient dans 33% des cas (soit 10 visites) puis du médecin conseil ou du médecin traitant dans 17% des cas (soit 5 visites). De plus, 3 patients avaient indiqué une personne autre comme étant à l'origine de la visite. A noter que 6 des 30 patients avaient indiqué plus d'une personne à l'initiative de la visite.

Il existe une différence significative (**p<0.001**) concernant la visite de reprise qui a eu lieu pour 97% des patients mis inaptes contre 64% des autres patients. Il y a eu également significativement (**p< 0.001**) plus de restrictions d'aptitude (35 soit 87.5%) pour les patients mis inaptes que pour les autres patients (26 soit 50%).

On ne retrouve pas de différence entre les 2 groupes concernant les aménagements de poste ou le recours au temps partiel thérapeutique.

Les patients ayant eu une inaptitude à leur poste de travail ont significativement plus de RQTH au moment du remplissage du questionnaire (**p<0.001**) que les autres patients. Cependant, par rapport à avant le séjour de reconditionnement à l'effort, le nombre de RQTH pour les patients ayant été mis inaptes est plutôt stable (5 patients de plus) alors qu'il est en augmentation pour les autres patients (20% avant et 43% après soit 13 patients de plus).

Les patients mis inaptes ont significativement (**p<0.01**) plus vu le médecin conseil (74% VS 44%) et ont significativement (**p<0.001**) plus de reconnaissance en invalidité (45% VS 4%) (tableau 17).

	Oui (nombre) / (%)	Non répondu (nombre)	significativité
Visite de pré reprise			
Inaptitude	36 / (88)	2	p<0.002
Pas d'inaptitude	30 / (55)	1	
Visite reprise			
Inaptitude	37 / (97)	5	p<0.001
Pas d'inaptitude	35 / (64)	1	
Aménagement de poste			
Inaptitude	18 / (45)	3	DNS
Pas d'inaptitude	23 / (41)	0	
Restriction aptitude			
Inaptitude	35 / (87.5)	3	p<0.001
Pas d'inaptitude	26 / (50)	4	
RQTH			
Inaptitude	36 / (84)	0	p<0.001
Pas d'inaptitude	24 / (43)	0	
Temps thérapeutique partiel			
Inaptitude	18 / (45)	3	DNS
Pas d'inaptitude	20 / (37)	2	
Rencontre avec le médecin conseil			
Inaptitude	31 / (74)	1	p<0.01
Pas d'inaptitude	24 / (44)	2	
Invalidité			
Inaptitude	19 / (45)	1	p<0.001
Pas d'inaptitude	2 / (4)	1	

Tableau 17 : indicateurs relatifs au retour au travail avec ou sans inaptitude

5 Discussion

5.1 Synthèse des principaux résultats significatifs

5.1.1 Critère de jugement principal

72% des patients ont une activité professionnelle à un an de leur sortie d'hospitalisation.

5.1.2 Critères de jugement secondaires

5.1.2.1 *Evaluation des facteurs concernant le retour à l'emploi à un an*

Les femmes ont plus repris le travail que les hommes. La répercussion sur la vie professionnelle lors du score de Dallas réalisé à l'entrée dans le service est plus faible pour les patients ayant une activité professionnelle un an après la sortie d'hospitalisation par rapport aux autres patients. Les scores de Dallas lors de la consultation de suivi sont plus bas pour les patients ayant repris le travail à un an concernant la répercussion sur la vie professionnelle et sur la dépression.

Les patients ayant une activité professionnelle à un an ont un niveau d'études plus élevé et se sentaient moins à risque de perdre leur travail que les autres.

L'ancienneté dans l'entreprise était plus importante pour les patients ayant une activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation.

Les patients ayant repris le travail à un an ont moins été en arrêt de travail dans l'année précédant leur hospitalisation et ont une durée totale d'arrêt de travail en raison de leur lombalgie moins longue.

Les patients ayant repris le travail à un an sont moins exposés aux vibrations.

Ils ont également plus effectué une période de travail de 4 semaines consécutives dans l'année suivant leur sortie d'hospitalisation.

Les patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an ont plus de RQTH, plus vu le médecin conseil, plus de reconnaissance en invalidité et plus de déclaration d'inaptitude médicale au poste de travail que les patients ayant une activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation.

5.1.2.2 Evaluation des facteurs concernant l'inaptitude médicale au poste de travail

43% des patients ont été déclarés inaptes à leur poste de travail. Concernant le score de Dallas à l'entrée dans le service, les répercussions sur les activités de la vie quotidienne, sur la vie professionnelle, sur la dépression et sur la sociabilité sont plus élevées pour les patients ayant été mis inaptes à leur poste de travail.

Lors de la consultation de suivi, le score de Dallas est plus élevé pour les patients ayant été mis inaptes pour ce qui est de la répercussion sur la vie quotidienne, la répercussion sur la vie professionnelle et sur la dépression.

De plus, l'amélioration du score concernant la répercussion sur la vie professionnelle et sur la dépression est plus importante pour les patients n'ayant pas eu d'inaptitude.

Les salariés ayant eu une inaptitude médicale au poste de travail étaient plus tabagiques que les autres salariés. L'EVA douleur à la sortie était plus élevée pour les salariés ayant été ensuite mis inaptes à leur poste que pour les autres salariés. Ils avaient également plus consulté le centre anti douleur.

Les patients mis inaptes avaient une ancienneté dans l'entreprise moins importante. Les lombalgies étaient plus en lien avec un accident du travail pour les patients déclarés inaptes. Pour ces derniers, la durée de l'arrêt de travail dans l'année précédant l'hospitalisation ainsi que la durée totale d'arrêt de travail en raison des lombalgies étaient plus longues.

Les patients ayant été mis inaptes à leur poste de travail se sentaient plus à risque de perdre leur travail du fait de leur douleur que les autres. Ils étaient également plus soumis aux gestes répétitifs à leur poste de travail.

Dans l'année suivant leur sortie d'hospitalisation, les patients ayant été déclarés inaptes ont moins effectué une période de travail de 4 semaines consécutives.

Les patients mis inaptes estimaient que l'hospitalisation leur avait moins rendu service que pour les autres patients. Ils avaient plus bénéficié d'une visite de pré reprise, d'une visite de reprise et de restrictions d'aptitude. Ils avaient également plus de RQTH, plus rencontré le médecin conseil et plus de reconnaissance en invalidité.

5.2 Discussion du critère de jugement principal

Un an après leur sortie d'hospitalisation, 72% des patients de cette étude déclarent avoir une activité professionnelle, ce qui montre l'efficacité de ce type de programme puisqu'on évalue à moins de 60% la probabilité de reprise du travail lorsque l'arrêt de travail dure plus de 3 mois³².

Les résultats concernant la reprise du travail sont similaires à ceux rapportés par le réseau lombaction à Angers (70.7% de reprise du travail à un an pour le lombaction)³³. Le réseau lombaction est une expérimentation de la région des pays de Loire qui tente d'améliorer la prise en charge des lombalgiques par une rééducation, en libéral ou par cinq semaines de reconditionnement à l'effort dans un service de MPR, et des réunions pluridisciplinaires entre professionnels de soins (médecins généralistes, spécialistes du rachis, kinésithérapeutes, ...) et professionnels de prévention et de maintien dans l'emploi (médecins du travail, médecins conseil, assistantes sociale, ergonomes...)³⁴.

Il existe une importante hétérogénéité des résultats sur la reprise du travail après programme de rééducation du rachis (de 61 à 93%) qui varient selon les critères de sélection des populations, l'hétérogénéité des programmes de rééducation et l'impact des systèmes de protection sociale. En France, le taux de reprise du travail est le plus souvent compris entre 65 et 70%^{35,36,37,38}.

5.3 Discussion des critères de jugement secondaires

5.3.1 Evaluation des facteurs concernant le retour à l'emploi à un an

De nombreuses données bibliographiques existent concernant le retour à l'emploi des lombalgiques chroniques.

5.3.1.1 Résultats en accord avec la littérature

Certains facteurs retrouvés dans cette étude comme significativement liés au retour au travail sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature comme le niveau d'études, la durée de l'arrêt de travail, les contraintes biomécaniques (vibrations), le fait de se sentir à risque de perdre son travail et l'invalidité^{20,21,22,23,24,39}.

De même, certains facteurs ne sont pas retrouvés comme significativement liés au retour au travail dans cette étude comme cela est également le cas dans la littérature comme l'IMC⁴⁰.

Concernant les résultats de l'auto-questionnaire de Dallas à l'entrée dans le service et lors de la consultation de suivi, la répercussion sur la vie professionnelle ressort comme significativement plus élevée pour les patients n'ayant pas repris le travail à un an. Cela confirme l'utilité de cet auto-questionnaire qui évalue le retentissement de l'incapacité fonctionnelle liée à la lombalgie.

Il est intéressant de constater que les scores sont globalement améliorés pour les quatre thèmes évalués par l'auto-questionnaire de Dallas (répercussions sur les activités de la vie quotidienne, sur la vie professionnelle, sur la dépression et l'anxiété ainsi que la sociabilité) entre le début d'hospitalisation et la consultation de suivi à deux mois que ce soit pour les patients ayant une activité professionnelle à un an ou non.

Par ailleurs, il est surprenant de retrouver une dégradation des résultats moyens concernant la répercussion sur les activités de la vie quotidienne et la dépression entre la sortie d'hospitalisation et la consultation de suivi pour les patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an alors qu'ils sont en amélioration pour l'autre groupe. D'autant plus que cela n'est pas le cas pour la répercussion sur la vie professionnelle.

De manière générale, l'amélioration globale ressentie par les patients (69%) suite à l'hospitalisation est similaire à celle retrouvée dans d'autres études françaises (67%)³⁷.

5.3.1.2 Données en désaccord avec la littérature

Pour certains facteurs, la différence entre les 2 groupes n'est pas suffisante dans notre étude pour ressortir comme significative alors qu'ils sont identifiés comme significativement liés au retour, ou à l'absence de retour au travail, dans la littérature ; c'est le cas pour la présence d'une irradiation, l'intensité de l'EVA douleur, l'antécédent de chirurgie lombaire, le statut tabagique, la présence de gestes répétitifs, le port de charges lourdes ou l'exposition aux températures extrêmes au poste de travail et les lombalgies suite à un accident de travail^{20,21,22,23,24,41}.

L'absence de significativité de ces facteurs peut peut-être s'expliquer par le faible effectif de cette étude ou par le mode de recueil de certaines données basé sur les déclarations des patients concernant des éléments remontant à plusieurs années.

A contrario, pour certains facteurs, il n'est pas retrouvé de différence (même non significative) voire même, il est retrouvé une différence allant à l'opposé des éléments disponibles dans la littérature. C'est le cas pour :

- le sexe féminin puisque, dans notre étude, les femmes ont significativement plus repris le travail que les hommes.
- certains autres facteurs de pénibilité pour lesquels il n'est pas retrouvé de différence entre les deux groupes comme pour la station debout ou les postures pénibles prolongées. Les déplacements longs en voiture sont même retrouvés plus fréquemment chez les patients ayant une activité professionnelle à un an. Une analyse plus poussée du contexte professionnel serait à réaliser car le questionnaire ne précisait pas de durée ou de distance minimum permettant de qualifier les déplacements comme « longs ».
- les facteurs de RPS étudiés ici qui ne sont pas reliés significativement avec le retour au travail à un an⁶. Le stress au travail est d'ailleurs plus rapporté parmi les personnes ayant une activité professionnelle à un an.

- l'ambiance au travail qui est significativement liée au retour au travail sans que l'on puisse déterminer le sens de ce lien, probablement du fait de l'absence de résultats homogènes et de l'absence d'effectif dans une des catégories (absence de mauvaise ambiance parmi les patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an). On aurait pu se poser la question de regrouper la catégorie ambiance moyenne avec l'une des deux autres catégories mais ce choix aurait alors été très discutable.

- l'ancienneté de la douleur qui est inférieure pour les patients n'ayant pas repris le travail ce qui est à l'opposé de la littérature²¹.

- le fait que la lombalgie soit liée à une maladie professionnelle, reconnue ou non, et plus largement, le fait que les patients considèrent leur travail comme responsable de leur douleur ; ces facteurs ne ressortent étonnamment pas comme significatifs dans notre étude. En effet, plus de 80% des patients des deux groupes considèrent leur travail comme responsable de leur douleur. Ce résultat est surprenant puisque cette croyance ne semblerait ici pas avoir d'impact sur le retour à l'emploi ce qui serait en désaccord complet avec la littérature. On pourrait expliquer cela par un contexte économique difficile pendant la période choisie pour notre étude qui pousserait les salariés à accepter certaines conditions de travail (même s'ils les jugent néfastes pour leur santé) plutôt que de perdre leur emploi et risquer alors de se retrouver au chômage de manière prolongée.

5.3.1.3 Données peu (ou non) évaluées dans la littérature

On peut constater que le critère principal choisi ici pour évaluer le retour au travail (le fait d'avoir une activité professionnelle un an après la sortie d'hospitalisation) est assez similaire au critère de jugement principal utilisé dans d'autres études concernant le fait d'avoir effectué au minimum quatre semaines de travail consécutives. En effet, dans cette étude, 94% des patients ayant une activité professionnelle à un an avaient également effectué une période de 4 semaines de travail consécutive dans l'année suivant leur hospitalisation ; de même, 92 % des patients n'ayant pas d'activité professionnelle à un an n'avaient pas effectué de période de 4 semaines de travail consécutives dans l'année suivant leur hospitalisation.

Plus l'ancienneté dans l'entreprise était importante, plus les patients avaient une activité professionnelle à un an. Il serait intéressant de pouvoir approfondir l'étude des données disponibles notamment concernant le type de contrat de travail ainsi que le soutien par les collègues et le hiérarchique voire les aménagements de poste ; en effet, on pourrait supposer que l'implication dans l'entreprise est plus importante pour réintégrer les salariés avec une ancienneté plus élevée que cela soit pour des raisons relationnelles ou financières voire pour des raisons de compétences et de savoir-faire des salariés déjà formés et opérationnels à leur poste de travail.

Les patients n'ayant pas repris le travail à un an avaient significativement plus de RQTH que les autres ce qui n'est pas surprenant puisque la reconnaissance du handicap du travailleur est évaluée par rapport à l'emploi occupé or si le patient ne peut reprendre son poste de travail c'est donc que sa lombalgie est source de handicap.

Les facteurs précis concernant le retour au travail ont été globalement peu évalués dans la littérature au vu des particularités du système français.

Il est logique de retrouver significativement plus de rencontres avec le médecin conseil et d'inaptitudes chez les patients n'ayant pas repris le travail à un an. En effet, l'impossibilité pour ces patients de reprendre le travail va engendrer une prolongation des arrêts de travail qui sera suivie d'une convocation chez le médecin conseil. Lorsque le médecin conseil considère que l'état de santé du patient n'est plus évolutif (c'est-à-dire qu'il n'est pas envisagé de nouvelle prise en charge susceptible d'améliorer significativement la lombalgie), il déclare l'état de santé du patient consolidé, l'arrêt de travail s'arrête et le médecin du travail devra alors se prononcer sur la capacité, ou non, du salarié à reprendre son poste de travail.

De même, il n'est pas étonnant de ne pas retrouver de différence entre les deux groupes concernant la visite de reprise puisqu'avant le 1^{er} juillet 2012, elle était obligatoire pour tout arrêt supérieur à 21 jours (article R.4624-21 du code du travail en vigueur avant le 1^{er} juillet 2012) et est actuellement obligatoire pour tout arrêt supérieur à 30 jours (article R.4624-31 du code du travail) ; or la durée d'hospitalisation pour le séjour de reconditionnement à l'effort est de 28 jours.

On peut s'étonner du fort niveau de visite de pré-reprise dans les deux groupes (66 et 69%) puisque cette visite n'a été rendue obligatoire qu'à partir de 2012 et reste à ce jour encore trop peu connue. On peut se demander si ces chiffres élevés ne seraient pas dûs à une confusion des patients entre la visite de reprise et la visite de pré-reprise lors du remplissage du questionnaire d'autant plus que le médecin du travail est souvent désigné comme étant à l'origine des visites de pré-reprise, ce qui ne peut légalement être le cas. Les visites de pré-reprise ne peuvent être demandées que par le travailleur, le médecin traitant ou le médecin conseil (article R.4624-29 du code du travail).

Il est intéressant de constater que les patients ayant repris le travail à un an avaient plus souvent bénéficié d'aménagement de leur poste de travail ainsi que d'une reprise en temps partiel thérapeutique, même si la différence entre les deux groupes n'est pas significative. Cela est encourageant et en accord avec la littérature qui considère que la reprise du travail en temps partiel thérapeutique ou avec une reprise des tâches contraignantes par des collègues, de manière temporaire, est à privilégier²⁰ ; or, dans cette étude, seulement 41% des patients ont eu recours au temps partiel thérapeutique pour la reprise du travail.

5.3.2 Evaluation des facteurs concernant l'inaptitude médicale au poste de travail

La médecine du travail telle qu'elle existe en France est très différente (voire inexistante) au niveau international excepté pour quelques rares pays (la Belgique par exemple) notamment concernant la procédure d'inaptitude. De ce fait, peu de bibliographie existe sur ce sujet. Nous avons ici cherché à étudier les facteurs significativement liés avec un avis d'inaptitude médicale au poste de travail. Une analyse multivariée des résultats permettrait d'établir éventuellement un lien causal entre les facteurs identifiés et une inaptitude médicale au poste de travail. D'autres études seraient nécessaires pour confronter les résultats retrouvés ici.

5.3.2.1 Mesures et indicateurs à l'entrée et à la sortie du service

Le retentissement de la douleur chronique évalué par l'auto-questionnaire de Dallas lors de l'entrée dans le service est significativement plus élevé dans les 4 catégories (activités de la vie quotidienne, activités professionnelles / loisirs, anxiété/dépression et sociabilité) chez les patients ayant eu une inaptitude médicale au poste de travail. La différence entre les 2 groupes reste significative lors de l'auto-questionnaire de Dallas réalisé pendant la consultation de suivi sauf pour la répercussion sur la sociabilité.

Concernant les mesures à l'entrée dans le service, seule la distance doigts-sol ressort comme significative ce qui est surprenant puisque l'indice de Schober qui mesure également la souplesse du rachis (mais plus spécifiquement lombaire à la différence de la DDS) n'est pas retrouvé comme significativement lié à l'inaptitude. Cela est peut-être dû aux données manquantes concernant l'indice de Schober ainsi que la façon parfois peu précise dont est mesurée la DDS qui est quelquefois seulement évaluée à l'œil et non avec un appareil de mesure métrique.

Le tabagisme actif est significativement lié à l'inaptitude. Cela aurait pu s'expliquer par une plus grande répercussion de la douleur chronique notamment sur les scores d'anxiété/dépression et de répercussion sur la vie professionnelle et loisirs mais il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant le tabagisme sur l'auto-questionnaire de Dallas réalisé à l'entrée dans le service.

L'inaptitude est moins fréquente pour les patients n'ayant pas de radiculalgie en dessous du genou même si la différence n'est pas significative.

Etonnement, l'ancienneté des douleurs est plus faible pour les salariés déclarés inaptés même si la différence n'est pas significative. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que les patients ayant une douleur plus ancienne avaient peut-être déjà eu une inaptitude au poste ; ainsi le poste de travail occupé au moment de l'hospitalisation aurait déjà été un poste adapté à l'état de santé du patient.

Les inaptitudes sont plus fréquentes pour les patients ayant été opérés avant l'hospitalisation en MPR même si la différence n'est pas significative. On se serait attendu à une différence significative entre les deux groupes que l'on aurait pu attribuer à une exposition plus importante de ces patients inaptes à des facteurs de pénibilité contraignant pour le dos de type port de charges lourdes, exposition aux vibrations ou station debout prolongée car les chirurgiens recommandent fréquemment d'envisager une reconversion professionnelle pour les patients exerçant un métier avec de fortes contraintes lombaires ; mais les résultats de cette étude ne retrouvent pas d'exposition significativement plus importante à ces facteurs pour les patients opérés avant l'hospitalisation.

L'EVA douleur de sortie est significativement plus importante pour les patients déclarés inaptes alors qu'il n'est pas retrouvé de différence significative pour l'EVA d'entrée. La douleur est globalement améliorée dans les deux groupes suite à l'hospitalisation. De même, la DDS de sortie n'est pas significativement différente pour les deux groupes alors qu'elle l'était à l'entrée dans le service avec une amélioration de la DDS pour les deux groupes au cours de l'hospitalisation.

La pratique d'activité physique déclarée par les patients est bien améliorée pour les deux groupes de patients et est nettement supérieure à la moyenne nationale (43%)⁴². On ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les opérations dans l'année suivant la fin d'hospitalisation. Il serait intéressant d'étudier ce paramètre avec un recul plus important car la chirurgie ne fait habituellement pas partie des solutions envisagées en première intention dans le parcours de soins des lombalgiques.

Les patients mis inaptes ont significativement plus consulté le centre anti douleur que les autres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'orientation au centre anti douleur est souvent utilisée dans les derniers recours lors du parcours de soin des lombalgiques, ainsi les patients dans l'incapacité de reprendre le travail à leur poste (et par la suite déclarés inaptes) y seront plus facilement orientés.

On ne retrouve pas de différence significative concernant la persistance de douleur lombaire qui est très élevée dans les 2 groupes (95% et 85%) ni pour le fait que le travail soit jugé par les salariés comme responsable de leur douleur (88% et 80%). Si ces résultats étaient confirmés par d'autres études alors on pourrait en conclure que la persistance des douleurs ou le fait que le travail soit jugé responsable des douleurs par les patients n'empêchent pas la reprise au poste de travail ce qui serait encourageant en termes de maintien dans l'emploi.

Les patients n'ayant pas eu d'inaptitude estimaient significativement plus que l'hospitalisation en MPR leur avait rendu service (89%) que les patients déclarés inaptes (69%) alors que cette différence n'était pas significative concernant le fait d'avoir une activité professionnelle à un an de leur sortie d'hospitalisation ou pas. Cela interroge sur les critères utilisés par les patients pour déterminer si l'hospitalisation en MPR leur a rendu service.

5.3.2.2 Caractéristiques professionnelles à l'entrée dans le service et évolution professionnelle

On ne retrouve pas de différence significative concernant le niveau d'études, ce qui est surprenant car les salariés les moins qualifiés (ouvriers et employés hors employés administratifs) sont plus exposés aux contraintes physiques marquées (manutention de charges lourdes, postures pénibles et vibrations)⁴³. Cela est cependant concordant avec les résultats concernant les facteurs de pénibilité pour lesquelles notre étude ne met pas en évidence de différence significative concernant ces 3 facteurs.

Il n'y a pas de différence significative retrouvée concernant le type de contrat de travail ce qui est étonnant car on aurait pu penser que les salariés en CDI auraient eu plus de déclarations d'inaptitude alors que les patients en CDD n'auraient juste pas eu de renouvellement de leur contrat sans que cela ne nécessite une procédure d'inaptitude de la part du médecin du travail.

Il existe une différence significative entre les 2 groupes concernant l'ancienneté des patients dans leur entreprise alors qu'on ne retrouve pas de différence significative en fonction de l'âge des patients dans notre étude. Plus l'ancienneté dans l'entreprise diminue, plus on constate que la proportion d'inaptitude augmente. Cela peut peut-être s'expliquer par le coût des primes de licenciement qui est de plus en plus élevé avec l'ancienneté dans l'entreprise. On pourrait également expliquer cela par une plus forte implication des employeurs dans l'aménagement des postes de travail en fonction de l'ancienneté de leur salarié. Les résultats retrouvés pour la catégorie des patients ayant plus de 20 ans d'ancienneté dans l'entreprise pourraient s'expliquer par le fait que les patients atteignent bientôt l'âge de la retraite (ils n'auront ainsi pas à retrouver du travail après l'inaptitude et sont donc moins réticents vis-à-vis de cette procédure) et sont souvent porteurs de comorbidités associées (troubles musculo-squelettiques ou autre) rendant difficile un aménagement adapté du poste de travail.

49 % des patients déclarés inaptes souffraient d'une lombalgie en lien avec un accident du travail (reconnu ou non) contre 20% pour les autres patients. Cette différence significative peut s'expliquer par le fait que les patients souffrant de lombalgie en lien avec un accident du travail ressentent une plus grande appréhension à reprendre le travail qu'ils estiment être à l'origine de leur douleur car un accident du travail est un évènement brutal qui est souvent difficilement prévisible.

On ne retrouve pas de différence significative concernant les maladies professionnelles. Ce résultat peut être expliqué par le fait que, pour être reconnue, une maladie professionnelle nécessite un temps minimal d'exposition au risque de 5 ans (manutention manuelle de charges lourdes (tableau 98 du régime général) ou vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier (tableau 97 du régime général)). De plus, la maladie professionnelle, pour être reconnue comme telle, doit nécessairement comporter une

sciatique ou une radiculalgie crurale. La lombalgie apparaît progressivement et perdure souvent pendant plusieurs années avant d'être déclarée en maladie professionnelle. Le patient « s'habitue » à sa douleur et son rapport à la douleur sera différent d'un lombalgique suite à un accident du travail. De plus, les indemnités de licenciement sont doublées en cas d'inaptitude due à une maladie professionnelle ou un accident de travail or comme l'ancienneté du salarié est souvent importante en cas de maladie professionnelle, l'aménagement du poste de travail sera financièrement plus motivant pour l'employeur.

On retrouve une différence significative entre les deux groupes concernant la durée de l'arrêt de travail dans l'année précédant l'hospitalisation mais aussi la durée totale d'arrêt de travail avant l'hospitalisation. Cela est cohérent avec les résultats attendus puisque l'inaptitude est une constatation de l'inadéquation entre un poste de travail et un état de santé, il n'est donc pas étonnant que les arrêts de travail soient plus longs.

Les patients déclarés inaptes se sentaient significativement plus à risque de perdre leur travail (81%), ce qui est cohérent avec les résultats attendus puisqu'ils ont effectivement été mis inaptes à leur poste de travail. Cependant, cela veut dire également que 19 % des patients ne s'étaient pas sentis à risque de perdre leur travail alors que cela a été le cas ; cela montre l'importance de pouvoir mieux anticiper les conséquences des lombalgies sur le travail.

Peu de facteurs de pénibilité ressortent comme significatifs dans notre étude. Seule l'exposition aux gestes répétitifs à une cadence contrainte était significativement plus importante pour les patients déclarés inaptes et l'exposition aux températures extrêmes (< 15 ° C ou > 30°C ou > 28°C en cas de travail physique) était supérieure mais avec une différence non significative. Il est étonnant que des facteurs comme le port de charges lourdes ou la station debout prolongée ne ressortent pas comme significatifs car ils font partie des expositions auxquelles sont très attentifs les médecins du travail pour déterminer une inaptitude médicale au poste de travail.

La satisfaction au travail était très élevée dans les deux groupes tout comme le fait de trouver son travail intéressant.

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes concernant le fait d'avoir des représentants du personnel dans l'entreprise ou un CHSCT, ni concernant le fait de se sentir soutenu par les collègues ou le supérieur hiérarchique.

Les patients déclarés inaptes avaient significativement plus de RQTH que les autres avant l'hospitalisation en MPR. Cela est cohérent avec le fait que les arrêts de travail sont significativement plus longs car cela montre que la lombalgie est handicapante par rapport au poste de travail. L'hospitalisation en MPR est alors considérée comme le dernier recours possible avant une inaptitude médicale au poste de travail.

Cependant on constate que le nombre de patients RQTH augmente après l'hospitalisation pour les patients n'ayant pas eu d'inaptitude. Cela pourrait s'expliquer par une meilleure information des patients suite à leur hospitalisation mais également par le bénéfice d'une

RQTH pour le maintien au poste de travail ou pour le financement d'un aménagement de poste.

Les patients déclarés inaptes ont significativement moins effectué une période de travail d'au moins quatre semaines consécutives ; cela est cohérent avec le temps nécessaire à la réalisation de la procédure d'inaptitude (qui va parfois être précédée d'une tentative de reprise du travail par le salarié) puis du temps nécessaire aux patients pour ensuite retrouver un autre travail.

A un an de la sortie d'hospitalisation, seule la moitié des salariés déclarés inaptes avait une activité professionnelle (un quart avait été reclassé dans leur entreprise, l'autre quart avait retrouvé du travail après le licenciement) ce qui est significativement différent de l'autre groupe où 95% des patients avaient une activité professionnelle à un an de la sortie d'hospitalisation. Cela montre la nécessité de renforcer l'accompagnement des patients sur le plan professionnel afin de permettre une reprise du travail plus rapide après une inaptitude.

Les visites de pré-reprise sont significativement plus fréquentes pour les patients ayant eu une inaptitude. En effet, 88% des patients déclarent avoir bénéficié d'une visite de pré reprise ce qui est un chiffre étonnamment haut puisque cette visite n'a été rendue obligatoire qu'à partir de 2012 et est encore à l'heure actuelle trop peu utilisée en pratique. De plus, les patients déclarent que le médecin du travail était le plus à l'origine de cette visite alors que la loi prévoit que cette visite ne puisse être demandée que par le salarié, le médecin traitant ou le médecin conseil. On peut donc se demander si ces chiffres ne résultent finalement pas d'une confusion des patients entre la visite de pré reprise (qui a lieu pendant l'arrêt de travail pour anticiper au mieux la reprise) et la visite de reprise (qui a lieu dans les 8 jours suivant la reprise du travail pour les arrêts supérieurs à 30 jours ou pour tout arrêt en lien avec une maladie professionnelle).

Les patients mis inaptes ont significativement plus consulté le médecin conseil et ont significativement plus eu de reconnaissance en invalidité ce qui est cohérent avec les résultats attendus. En effet, lorsque l'arrêt de travail se prolonge, les salariés sont convoqués par le médecin conseil qui, en l'absence de modification de l'état de santé, va consolider l'état de santé et attribuer une invalidité si cela est justifié.

La reprise en temps partiel thérapeutique est peu utilisée dans les deux groupes (37 et 45%) ce qui pourrait s'expliquer par une méconnaissance de cette possibilité par les patients et les soignants voire même parfois une réticence de la part des employeurs de par les modifications organisationnelles qu'une reprise en temps partiel thérapeutique implique nécessairement.

5.4 Limites et biais

5.4.1 Limites

Les critères d'inclusion fixés ont permis d'inclure une population relativement limitée (172 patients) pour participer à cette étude. La faible taille de l'échantillon peut donc représenter un biais pour cette étude. A cela s'ajoute un taux de réponse de 61% qui peut être considéré par certains comme insuffisant. Cependant, l'analyse de la population initiale et de la population répondeuse montre des caractéristiques similaires en termes d'âge, de sexe et de situation familiale. Les caractéristiques professionnelles et relatives à la lombalgie n'ont pas pu être comparées entre les deux populations. On ne peut donc pas assurer que la population répondeuse soit totalement représentative de la population incluse.

Nous pouvons regretter de ne pas avoir réalisé d'analyse multivariée afin d'approfondir l'interprétation des résultats. Il aurait été également statistiquement plus fiable de réaliser une étude prospective à un an de la sortie d'hospitalisation pour tous les patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion mais cela n'était pas possible en raison du délai et des conditions nécessaires à une telle étude.

Certaines données recueillies n'ont pas été utilisées dans cette étude comme la profession ou les traitements médicamenteux par exemple. L'analyse de ces données aurait pu apporter de nouveaux éléments aux résultats de cette étude.

5.4.2 Biais d'information

Cette étude porte sur des hospitalisations ayant eu lieu entre janvier 2008 et août 2013. Certaines informations ont été recueillies grâce à un questionnaire envoyé, en 2015, au domicile des patients. Ce mode de recueil peut s'accompagner d'un biais d'information de la part des patients. Nous avons tenté de limiter ce biais en recoupant une partie des informations avec les données présentes au sein des dossiers d'hospitalisation papier et informatisés.

Les critères d'évaluation ont été choisis en fonction des données de la littérature. Cependant certaines données sont recueillies par mesure (DDS, indice de Schober), ces mesures n'ayant pas toutes été réalisées par une même personne ou rapportées de manière précise dans le dossier médical, cela peut représenter un biais. De même, la réponse concernant le fait d'avoir pratiquer la méthode Mc Kenzie chez un kinésithérapeute avant l'hospitalisation peut être biaisée car certains kinésithérapeutes disent à leurs patients pratiquer cette méthode alors qu'ils n'ont pas été diplômés.

Le délai entre la fin de l'hospitalisation et le remplissage des questionnaires n'était pas identique pour tous les salariés, ce qui peut représenter un biais. C'est pourquoi le questionnaire comportait 3 parties distinctes et seulement la dernière portait sur les événements ayant eu lieu après l'hospitalisation dans laquelle 3 questions concernaient le ressenti du salarié au moment du remplissage du questionnaire. Pour limiter ce biais, il n'a été étudié (pour le délai entre une chirurgie et la sortie d'hospitalisation ainsi que pour le délai

entre la reprise du travail pendant 4 semaines consécutives et la sortie d'hospitalisation) que les 12 mois suivant l'hospitalisation qui était le recul minimum entre la sortie d'hospitalisation et le remplissage du questionnaire pour tous les patients. De même, le fait d'avoir eu ou non une inaptitude peut être considéré comme un évènement intervenant dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation ; en effet, la durée d'arrêt de travail recommandée par la sécurité sociale suite à une cure de hernie discale par discectomie chez un patient amené à porter des charges de plus de 25 kg dans son travail est seulement de 84 jours⁴⁴. Donc même si cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient, on peut raisonnablement penser que les arrêts de travail sont interrompus par le médecin conseil dans les mois suivant l'hospitalisation en MPR et que le médecin du travail est ainsi amené à se prononcer sur l'aptitude à reprendre ou non le travail.

5.4.3 Biais de sélection

Avant d'être hospitalisés, les patients bénéficient d'une consultation avec un des médecins rééducateurs du service qui décide ou non de l'utilité d'une hospitalisation pour reconditionnement à l'effort. Cela représente donc un biais de sélection.

Les patients participant au programme de reconditionnement à l'effort du service de MPR du CHU de Poitiers ne sont pas identifiés de manière spécifique au niveau informatique, il a donc été nécessaire d'utiliser les codages liés à leur passage en MPR puis de manuellement ne retenir que les patients ayant bénéficié des 4 semaines d'hospitalisation dans le cadre de ce programme. Il est donc possible que certains patients dont le codage ne correspondait pas à ceux recherchés aient pu ne pas être intégrés dans l'étude.

De plus, le fait de dépendre d'un autre régime que le régime général n'a pas été considéré comme un critère d'exclusion or cela peut entraîner un biais dans nos résultats.

5.5 Perspectives

Cette étude permet de mettre en lumière les caractéristiques de la population de lombalgiques prise en charge en reconditionnement à l'effort par le service de rééducation du CHU de Poitiers entre janvier 2008 et août 2013. Les chiffres concernant le retour au travail à un an (72%) sont encourageants et similaires aux résultats obtenus dans d'autres études.

Cependant, plusieurs pistes pourraient être envisagées afin de réduire encore le nombre de salariés sans activité professionnelle suite à une lombalgie chronique.

Le premier axe d'action serait d'anticiper encore plus précocement la reprise du travail. En effet, certains articles⁴⁵ pointent la nécessité d'adjoindre aux programmes de restauration fonctionnelle des procédures de facilitation de la reprise de l'activité professionnelle afin

d'augmenter le taux de reprise et la précocité de la reprise du travail. Cela pourrait se traduire par la participation de médecins du travail au sein des équipes interdisciplinaires de MPR ou à minima lors des réunions hebdomadaires concernant l'évolution des patients en hospitalisation. Les médecins du travail pourraient alors apporter leur expertise du milieu professionnel auprès des membres des services de MPR et des patients, et faire le lien entre la structure de soin et le monde du travail lors de la sortie d'hospitalisation. Cela permettrait que le salarié rencontre rapidement son médecin du travail en visite de pré-reprise pour discuter précocement du devenir professionnel et envisager, si besoin, une reprise du travail en temps partiel thérapeutique. Cela diminuerait aussi le stress qui est souvent présent suite aux arrêts de travail prolongés. Ce stress est notamment lié à la culpabilité d'avoir été longtemps en arrêt de travail et à l'appréhension de la réaction des collègues et des managers⁴⁶.

Afin que les médecins du travail puissent se positionner concernant un éventuel retour au travail, il serait utile de leur transmettre, directement (après accord du patient) ou indirectement (par l'intermédiaire du patient), un document récapitulant les capacités en fin d'hospitalisation (port manuel de charges lourdes, endurance, souplesse, douleur résiduelle, traitement, ...).

Il pourrait être aussi envisagé de contacter systématiquement les services de santé au travail, qui assure le suivi de l'entreprise où travaille le patient, pour solliciter l'avis du médecin du travail qui a en charge le suivi médical du salarié, avant le début de l'hospitalisation, afin que les médecins rééducateurs, kinésithérapeutes et ergothérapeutes puissent avoir une meilleure connaissance du poste de travail. Cela leur permettrait, lors de l'hospitalisation en MPR, d'adapter les exercices en fonction des capacités nécessaires au salarié pour la reprise, des postures d'économie rachidienne à appliquer au poste de travail et des éventuelles contraintes du poste (traitements antalgiques adaptés à la conduite de véhicule chez un chauffeur routier par exemple).

Certaines études montrent que l'efficacité à long terme des séjours de reconditionnement à l'effort n'est pas toujours durable sur le plan professionnel⁴⁷. Ainsi il serait intéressant de réitérer cette étude dans quelques années afin d'évaluer l'évolution professionnelle des patients sur le moyen terme.

Concernant l'inaptitude médicale au poste de travail, l'absence de bibliographie retrouvée sur le sujet nécessiterait d'effectuer de nouvelles études dans d'autres services de rééducation proposant un séjour de reconditionnement à l'effort.

Nous retrouvons ici un fort taux d'inaptitude (43%). Or, parmi les salariés mis inaptes, seuls 48% avaient une activité professionnelle à un an dont la moitié dans la même entreprise qu'avant l'inaptitude. Le fait d'avoir une inaptitude est donc à gros risque de désinsertion professionnelle pour le patient. Afin de favoriser le maintien dans l'emploi, il est indispensable de pouvoir éviter au maximum cette solution. Cela ne sera possible qu'avec une meilleure anticipation concernant les situations à risque (au moyen des axes développés ci-dessus par exemple).

A défaut de pouvoir éviter certaines inaptitudes médicales au poste de travail, il faut a minima anticiper les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise et, si cette solution n'est pas possible, anticiper avec le salarié sa réorientation professionnelle. En effet, il faut alors profiter de la durée de l'arrêt de travail pour réaliser un bilan de compétence voire une formation professionnelle, afin que le patient soit plus rapidement en capacité de retrouver un autre poste de travail adapté à son état de santé.

Si l'état de santé le justifie, une demande de RQTH peut aussi être favorable au salarié dans le cadre de son parcours professionnel permettant : un accompagnement par « CAP emploi » pour la recherche d'emploi (tenant compte de l'état de santé du patient) ; un financement en partie ou en totalité des aménagements de poste nécessaires ; une compensation de la lourdeur du handicap (aide financière à l'entreprise pour compenser la diminution de productivité). La RQTH peut également permettre une diminution du temps de travail journalier dans certaines entreprises et faciliter ainsi un maintien au poste de travail. Au vu du temps nécessaire à la MDPH pour instruire les demandes de RQTH (pouvant aller jusqu'à 6 mois), il est important de réaliser cette démarche le plus précocement possible.

De manière générale, il est nécessaire de renforcer la formation des futurs praticiens en médecine du travail sur les bases de la rééducation en général (et en particuliers concernant les lombalgiques) ; ainsi que la formation des futurs rééducateurs sur les bases de la santé au travail (concernant le retour à l'emploi en particulier)²⁰.

6 Conclusion

L'efficacité des séjours de reconditionnement à l'effort pour les lombalgiques chroniques n'est plus à démontrer. Cependant plusieurs pistes pourraient être développées pour améliorer encore leur efficacité concernant le maintien ou le retour au travail.

Cela passera nécessairement par une meilleure formation des futurs praticiens rééducateurs ou en santé au travail ainsi que par une meilleure interaction, voire un véritable travail en équipe pluridisciplinaire, entre les services de santé au travail et les services de rééducation (avant, pendant voire après l'hospitalisation) afin que le patient/salarié reçoive des informations fiables et cohérentes de la part de tous les acteurs concernant son devenir professionnel.

Références bibliographiques

1. Alcouffe J, Manillier P, Brehier M, Fabin C, Faupin F. Analysis by sex of low back pain among workers from small companies in the Paris area : severity and occupational consequences. *Occup. Environ. Med.* 1999 ; 56(10) : 696 – 701.
2. Pietri F, Bugel I. Pathologie lombaire en relation avec le milieu de travail. Etude des facteurs de risque de lombalgie dans divers groupes professionnels au sein de la cohorte GAZEL. In : Leclerc A, Goldberg M. Cohorte GAZEL : 20000 volontaires d'EDF-GDF pour la recherche médicale. Bilan 1989-1993. Les éditions INSERM, Paris. 1994.
3. Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. [En ligne]. www.hal.inserm.fr/. Consulté le 3/09/17.
4. Direction des risques professionnels. Statistiques de sinistralité 2015 tous CTN et par CTN. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Décembre 2016. [En ligne]. [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Trajet_2015/AT-TRMP%202015%20tous%20CTN%20et%20par%20CTN%20\(n-2016-137\).pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/etudes_statistiques/Trajet_2015/AT-TRMP%202015%20tous%20CTN%20et%20par%20CTN%20(n-2016-137).pdf). Consulté le 05/09/17.
5. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail. 2010. [En ligne]. <https://www.eurofound.europa.eu/fr/surveys/data-visualisation/european-working-conditions-survey-2010>. Consulté le 05/09/17.
6. INRS. Lombalgies. 2015. [En ligne]. www.inrs.fr/risques/lombalgies.html. Consulté le 03/09/17.
7. Danziger N, Alamowitch S. Neurologie. 5^{ème} édition. Paris : éditions med-line; 2009, 538 p.
8. Coillard C. Biomécanique du rachis thoraco-lombaire humain : essai de synthèse de la littérature. Thèse pour le doctorat en médecine. Université de Clermont-Ferrand; 1990, 188 p.
9. Haute Autorité de Santé. Lombalgie chronique de l'adulte et chirurgie. Recommandations de bonnes pratiques. Octobre 2015, 2 p.
10. Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Item 279 – Radiculalgie et syndrome canalaire. *Rhumatologie*. 3^{ème} ed. Paris : Elsevier Masson; 2008, 315-27.

11. Expertise collective. Lomalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Edition INSERM; 2000, 152 p.
12. Wang F. Neuropathies périphériques (pathologies). [En ligne]. <http://slideplayer.fr/slide/8850980/>. Consulté le 03/09/17.
13. Zachrisson Forssell M. The back school. Spine. 1981;6:104-106.
14. Zachrisson Forssell M. The Swedish back school. Physiotherapy. 1980;66:112-114.
15. Revel M. La rééducation dans la lombalgie commune : mise au point. Revue du rhumatisme. 1995;62(1):37-47.
16. Bondon M. Stage de Réadaptation multidisciplinaire pour lombalgies chroniques. Une expérience de 7 ans au C.H.U de Poitiers. Mémoire pour l'obtention du DES en médecine physique et réadaptation. Université de Poitiers; 2000, 31 p.
17. Delaubier A. Un traitement des lombalgies chroniques : le réentraînement à l'effort. Mémoire pour le diplôme universitaire de médecine orthopédique et physiothérapie. Université paris V; 1997, 35 p.
18. Mayer TG, Gatchel RJ, Kishino N et al. Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow up. Spine. 1985;10:482-93.
19. Mayer TG, Gatchel RJ, Mayer H et al. A prospective two-year study of fonctionnal restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. JAMA. 1987;258:1763-67.
20. Pichené-Houard A. Regards croisés France-Belgique-Québec sur la prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail. Référence en santé au travail. 2014;140:95-102.
21. Fayad F et al. Chronicité, récidence et reprise du travail dans la lombalgie : facteurs communs de pronostic. Ann Readapt Med Phys. 2004;47:179-189.
22. Bendix AF, Bendix T, Hastrup C. Can it be predicted which patients with chronic low back pain should be offered tertiary rehabilitation in a functional restoration program ? A search for demographic, socio economic and physical predictors. Spine. 1998.
23. Cowan C. Etude interventionnelle « avant-après » chez des lombalgies chroniques en prise en charge dynamique du rachis. Evaluation de l'impact de l'utilisation d'un agenda de tâches sur l'incapacité fonctionnelle. Thèse de médecine. Université de Poitiers ;2010.

24. Louisy S. Evaluation d'un programme multidisciplinaire de reconditionnement aux efforts lombaires en hospitalisation à temps partiel pour lombalgies chroniques. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2009, 105p.
25. Marty M, Blotman F, Avuac B et all. Validation de la version française de l'échelle de Dallas chez les patients lombalgiques chroniques. Rev Rhum.1998;65(2):126-34.
26. Henrotin Y et al. Définition, critères de qualité et évaluation d'un programme de type école du dos. Recommandations de la Société belge des écoles du dos (SBED). Rev Rhum. 2001;68:185-91.
27. INRS. Travail à la chaleur. 2017. [En ligne]. www.inrs.fr/risques/chaleur.html. Consulté le 06/09/17.
28. INRS. Travail au froid. 2017. [En ligne]. www.inrs.fr/risques/froid.html. Consulté le 06/09/17.
29. Touraine M, El Khomri M, Le Foll S. INSTRUCTION N° DGT/DSS/SAFSL/2016/178 du 20 juin 2016 relative à la mise en place du compte personnel de prévention de la pénibilité. 2016.
30. Arnaudo B, Hamon-Cholet S, Waltisperger D. Premières synthèses et premières informations : Contraintes posturales et articulaires au travail. N°11.2. DARES; Mars 2006, 6 p.
31. Gollac M. et coll. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser : Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. 2011, 223 p.
32. Direction générale humanisation du travail. Lombalgie au travail : un guide pour l'employeur et les partenaires sociaux. Belgique : septembre 2008, 19 p.
33. Kergresse M, Roche-Leboucher G, François A, Petit A, Roquelaure Y. Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. 2010;71:95-101.
34. CHU d'Angers. Réseau lombaction. [En ligne]. <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/les-reseaux-du-secteur-sanitaire-et-social/reseau-lombaction-55942.kjsp>. Consulté le 14 septembre 2017.
35. Jensen et al. 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. 2012;13:156.

36. Kone H. Efficacité à un an d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgies chroniques. Thèse de médecine. Paris 7;2007.
37. Beaudreuil J et al. Efficacité d'un programme de restauration fonctionnelle pour lombalgie chronique : étude prospective sur un an. *Revue du rhumatisme*. 2010;77:291-295.
38. Bontoux Roquelaure Y, Billabert C, Dubus V, Sancho PO, Colin D, Bami L, et al. Étude prospective à un an du devenir de patients lombalgiques chroniques inclus dans un programme de restauration fonctionnelle. Facteurs prédictifs de retour au travail. *Ann Readapt Med Phys*. 2004;47:563–72.
39. Kapoor S, Shaw WS, Pransky G, Patterson W. Initial patient and clinician expectations of return to work after acute onset of work-related low back pain. *J Occup Environ Med*. 2006 Nov;48(11):1173-80.
40. Shaw WS, Tveito TH, Woiszwilllo MJ, Pransky G. The effect of body mass index on recovery and return to work after onset of work-related low back pain. *J Occup Environ Med*. 2012 Feb;54(2):192-7.
41. Goldberg MS, Scott SC, Mayo NE. A review of the association between cigarette smoking and the development of nonspecific back pain and related outcomes. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Apr 15; 25(8):995-1014.
42. Lefevre B, Thiery P. Les premiers résultats de l'enquête 2010 sur les pratiques physiques et sportives en France. *Bulletin de statistiques et d'études*. 2010;10-01:1-4.
43. DARES. L'exposition des salariés aux facteurs de pénibilité dans le travail. *DARES Analyses*. Décembre 2014;095.
44. Assurance maladie. Arrêts de travail : des référentiels de durée. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/arret-travail/arrets-travail-referentiels-duree>. Consulté le 21 aout 2017.
45. Poiraudau S, Rannou F, Revel M. Intérêts du réentraînement à l'effort dans la lombalgie : le concept de restauration fonctionnelle. *Ann Readapt Med Phys*. 2007;50:419-424.
46. Ryan CG, Lauchlan D, Rooney L, Hollins-Martins C, Gray H. Returning to work after long term sickness absence due to low back pain – the struggle within : A qualitative study of the patient's experience. *Work*. 2013.

47. Verfaille S, Delarue Y, Demangeon S, Beuret-Blanquart F. Evaluation à quatre ans d'un programme de reconditionnement à l'effort pour lombalgie chronique. Ann Readapt Med Phys. 2005;48:53-60.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Annexe 1 : Questionnaire de DALLAS

Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.) Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.			
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date :
A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue (de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).			

1. La douleur et son intensité :

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout	parfois		tout le temps
0 % () 100%

2. Les gestes de la vie quotidienne :

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc) ?

pas du tout (pas de douleur)	moyennement	je ne peux pas sortir du lit
0 % () 100%

3. La possibilité de soulever quelque chose:

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout (comme avant)	moyennement	je ne peux rien soulever
0 % () 100%

4. La marche :

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pouviez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant	presque comme avant	presque plus	plus du tout
0 % () 100%

5. La position assise :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)	moyennement	je ne peux pas rester assis(e)
0 % () 100%

6. La position debout :

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)	moyennement	je ne peux pas rester debout
0 % () 100%

7. Le sommeil :

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout (je dors comme avant)	moyennement	je ne peux pas dormir du tout
0 % () 100%

Total X 3 = -----% de répercussion sur les activités quotidiennes

8. La vie sociale

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc....) ?

pas du tout (ma vie sociale est comme avant)					moyennement					je n'ai plus aucune activité sociale
0%										100%

9. Les déplacements en voiture:

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

pas du tout (je me déplace comme avant)					moyennement					je ne peux me déplacer en voiture
0%										100%

10. Les activités professionnelles

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

pas du tout (elle ne me gêne pas)					moyennement					je ne peux pas travailler
0%										100%

Total X 5 = -----% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

11. L'anxiété /Le moral:

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

je fais entièrement face (pas de changement)					moyennement					je ne fais pas face
0%										100%

12. La maîtrise de soi :

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

je les contrôle entièrement (pas de changement)					moyennement					je ne les contrôle pas du tout
0%										100%

13. La dépression

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

je ne suis pas déprimé(e)										je suis complètement déprimé(e)
0%										100%

Total X 5 = -----% de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

14. Les relations avec les autres

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

pas de changement										changement radical
0%										100%

15. Le soutien dans la vie de tous les jours

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc..) ?

aucun soutien nécessaire										soutien permanent
0%										100%

16. Les réactions défavorables des proches

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

pas du tout					parfois					tout le temps
0%										100%

Total X 5 = -----% de répercussion sur la sociabilité

Annexe 2 : Liste des codages utilisés pour la recherche des patients

M5439	Sciatique - Localisation non précisée
M544	Lumbago avec sciatique
M5440	Lumbago avec sciatique - Localisations vertébrales multiples
M5446	Lumbago avec sciatique - Région lombaire
M5447	Lumbago avec sciatique - Région lombo-sacrée
M5448	Lumbago avec sciatique - Région sacrée et sacro-coccygienne
M5449	Lumbago avec sciatique - Localisation non précisée
M5465	Rachialgies dorsales - Région dorso-lombaire
M5466	Rachialgies dorsales - Région lombaire
M5467	Rachialgies dorsales - Région lombo-sacrée
M5485	Autres dorsalgies - Région dorso-lombaire
M5486	Autres dorsalgies - Région lombaire
M5487	Autres dorsalgies - Région lombo-sacrée
M993	Rétrécissement osseux du canal rachidien
M9933	Rétrécissement osseux du canal rachidien - Lombo-sacrée
M994	Rétrécissement du canal rachidien par tissu conjonctif
M9943	Rétrécissement du canal rachidien par tissu conjonctif - Lombo-sacrée
M995	Rétrécissement du canal rachidien par lésion discale
M9953	Rétrécissement du canal rachidien par lésion discale - Lombo-sacrée
M996	Rétrécissement des espaces intervertébraux par ossification et subluxation
M9963	Rétrécissement des espaces intervertébraux par ossification et subluxation - Lombo-sacrée
M997	Rétrécissement des espaces intervertébraux par tissu conjonctif et discal
M9973	Rétrécissement des espaces intervertébraux par tissu conjonctif et discal - Lombo-sacrée
M998	Autres lésions biomécaniques
M9983	Autres lésions biomécaniques - Région lombaire / Lombo-sacrée
M9993	Lésion biomécanique, sans précision - Région lombaire / Lombo-sacrée

Annexe 3 : Questionnaire utilisé pour l'étude

NOM : _____

Date de naissance : _____

PRENOM : _____

Numéro de téléphone : __/__/__/__

Date approximative de l'hospitalisation :

A) Avant votre hospitalisation en Médecine Physique et Réadaptation (MPR) :

- Combien de mois aviez-vous été en arrêt de travail dans les 12 mois précédents votre hospitalisation ? __
- Combien de mois **au total** aviez-vous été arrêté à cause de votre lombalgie ? ____
- Pratiquez-vous une activité physique régulière (≥ 2 fois /semaine) ? OUI NON
- Aviez-vous consulté au centre anti douleur ? OUI NON
- Aviez-vous été opéré de votre dos en raison de vos douleurs ? OUI NON
- Vos douleurs descendaient elles dans la jambe jusqu'en dessous du genou ?
OUI NON
- Aviez-vous déjà pratiqué la méthode de Mc Enzie chez un kiné ? OUI NON
- Aviez-vous porté un corset ? OUI NON
- Aviez-vous une reconnaissance comme travailleur handicapé ? OUI NON
- Quelle était votre profession ? _____
- Trouvez-vous votre travail intéressant ? OUI NON
- Globalement, étiez-vous satisfait de votre emploi ? OUI NON
- Depuis combien d'années travailliez-vous dans cette entreprise ? ____
- Depuis combien d'années travailliez-vous à ce poste ? _____
- Quel type de contrat aviez-vous ? CDI / CDD/ intérimaire / autre

- Combien d'heures travailliez-vous par semaine ? _____
- Combien de salariés comportait votre entreprise ? _____
- Quel était le secteur d'activité de votre entreprise ? _____
- Existait-il des représentants du personnel dans votre entreprise ? OUI NON
- Y avait-il un CHSCT ? OUI NON
- Vous sentiez vous soutenu par votre hiérarchie ? OUI NON
- Vous sentiez vous soutenu par vos collègues ? OUI NON
- Votre métier comportait il de manière habituelle :

-la possibilité de modifier votre planning ? OUI NON

-un port de charge >15 kg si vous êtes une femme ou >25kg si vous êtes un homme ?
OUI NON

-une station debout >4h/jour ? OUI NON

-des gestes répétitifs à une cadence contrainte ? OUI NON

-des postures pénibles prolongées (dos penché en avant, bras au dessus du niveau des épaules, position accroupie) ? OUI NON

-une concentration soutenue ? OUI NON

-des contraintes de rythme ? OUI NON

-une exposition aux vibrations ? OUI NON

-des déplacements longs en voiture ? OUI NON

-une exposition à des températures <15°C ou > 30°C (>28° en cas de travail physique) ?
OUI NON

-des horaires comportant des périodes de travail entre 21h et 6h du matin ? OUI NON

- Vous sentiez vous stressé(e) au travail ? OUI NON
- L'ambiance de travail était-elle ? BONNE / MOYENNE / MAUVAISE
- Diriez-vous que votre salaire était en accord avec le travail fourni ? OUI NON
- Votre travail comportait il des perspectives d'évolution ? OUI NON
- Votre travail était-il monotone ? OUI NON
- Diriez-vous que la valeur « travail » était importante pour vous ? OUI NON

- Combien de temps après votre hospitalisation avez-vous repris une activité professionnelle (période de reprise avec minimum 4 semaines consécutives sans arrêt de travail) ? _____
 - Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé ? OUI NON
 - Douze mois après la fin de votre hospitalisation, aviez-vous une activité professionnelle ?
OUI NON
- Si oui, combien d'heures travailliez-vous par semaine ? _____
- Etait ce dans la même entreprise qu'avant votre hospitalisation ? OUI NON

- **Concernant l'emploi que vous occupiez avant votre hospitalisation :**

- Avez-vous rencontré votre médecin du travail pour une visite de pré reprise ?
OUI NON
- Si oui, qui était à l'initiative de cette visite ? vous / le médecin traitant /
le médecin du travail / le médecin conseil / autre
- Avez-vous rencontré votre médecin du travail pour une visite de reprise ? OUI NON
- Y a-t-il eu un aménagement de votre poste de travail (matériel ou organisationnel)?
OUI NON
- Y a-t-il eu des restrictions d'aptitude émises par le médecin du travail ? OUI NON
- Y a-t-il eu une période de temps thérapeutique partiel ? OUI NON
- Avez-vous rencontré le médecin conseil ? OUI NON
- Percevez-vous une pension d'invalidité ? OUI NON
- Y a-t-il eu une inaptitude déclarée par votre médecin du travail ? OUI NON
- Si oui, avez-vous retrouvé un autre emploi par la suite ? _____

Actuellement :

- Avez-vous encore des douleurs lombaires ? OUI NON
- Estimez-vous globalement que votre hospitalisation en MPR vous a rendu service ?
OUI NON
- Si oui, pouvez-vous quantifier votre satisfaction entre 0 et 100% : _____
- A-t-elle permis de réduire vos douleurs ? OUI NON

Commentaire libre :

Merci pour votre participation.

Annexe 4 : Lettre d'accompagnement du questionnaire



PÔLE NEUROSCIENCES LOCOMOTEUR SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

Poitiers, le 30/09/15

Dr Anne DELAUBIER
Praticien Hospitalier
anne.delaubier@chu-poitiers.fr
Dr Claire GUILLOU
Praticien Hospitalier
claire.guillou@chu-poitiers.fr
Dr Anne JOSSART
Praticien Hospitalier
anne.jossart@chu-poitiers.fr

Marie-France JOYEUX-SOYER
Cadre Supérieur de Santé
☎ : 05 49 44 46 57
Colette PROUST
Cadre de Santé
☎ : 05 49 44 47 31
Bruno TEXEREAU
Cadre de Santé Kinésithérapeute
☎ : 05 49 44 49 11
Marie Line PIRAUDEAU
Psychologue
Assistante sociale
☎ : 05 49 44 44 39

Consultations Spécialisées
Appareillage
Handicap de l'Enfant
Isocinétisme
Lombalgies
Pathologies du mouvement
Posturographie
Toxine Botulique
Urodynamique

Hospitalisations
Complète
Programmée à durée déterminée
De jour

Madame, Monsieur,

Le service de médecine physique et réadaptation réalise actuellement une étude concernant les anciens patients lombalgiques ayant participé entre janvier 2008 et août 2013 à son programme d'école du dos.

Le but de cette étude est d'estimer l'impact de l'hospitalisation sur le retour à l'emploi des patients afin de pouvoir évaluer et améliorer notre programme.

Cette étude est très importante et les résultats feront l'objet d'une thèse réalisée par une interne en médecine du service.

Vous trouverez donc, joint à ce courrier, un questionnaire à nous renvoyer avant le 15/11/15 ainsi qu'une enveloppe timbrée pour le retour.

Le questionnaire est constitué de 3 parties concernant la période avant votre hospitalisation, la période pendant votre hospitalisation, et enfin, la période après votre hospitalisation.

Les données reçues vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique de manière confidentielle, en respectant le secret médical. En application des dispositions de la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès à vos données personnelles, en consultation, rectification, et le cas échéant suppression, en adressant une demande écrite au Chef de service de médecine Physique et de réadaptation du CHU de Poitiers, 2 rue de la Milétrie, CS 90577, 86021 POITIERS Cedex.

Nous vous serions très reconnaissants si vous acceptiez de prendre quelques minutes pour nous renvoyer le questionnaire complété et vous remercions par avance pour votre participation.

Nous restons bien sûr à votre disposition pour toute information complémentaire ainsi que pour toute difficulté que vous pourriez rencontrer au 05.49.44.30.49.

Bien cordialement,

Mathilde CHARRUE
Interne

Dr Anne DELAUBIER
PH

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS
Pavillon Maurice SALLES - 2 Rue de la Milétrie - CS 90577 - 86021 POITIERS CEDEX
Secrétariat Consultation : ☎ : 05 49 44 44 54 - Télécopie : 05 49 44 44 26 - Courriel : sec-cons.mpr@chu-poitiers.fr
Secrétariat Hospitalisation : ☎ : 05 49 44 30 49 - Télécopie : 05 49 44 44 26 - Courriel : sec-hospit.mpr@chu-poitiers.fr
Unité de Soins : ☎ : 05 49 44 47 30 - Télécopie : 05 49 44 47 40 sec-hospjour.mpr@chu-poitiers.fr

1 / 1

Résumé

Introduction : Un peu moins de 10% de la population adulte française souffre d'une lombalgie chronique entraînant une limitation. Plus de 9 millions de journées de travail sont perdues chaque année suite aux lombalgies secondaires à un accident du travail ou une maladie professionnelle. La prise en charge préventive des lombalgies est donc primordiale en santé au travail. Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux du retour à l'emploi 12 mois après un séjour pour reconditionnement à l'effort et d'étudier les facteurs liés au retour à l'emploi ainsi que ceux liés à la déclaration d'inaptitude médicale au poste de travail afin d'améliorer cette prévention.

Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude transversale répétée à un an, observationnelle, monocentrique, comparative et évaluative. Elle a été menée sur les lombalgiques chroniques ayant bénéficié d'un séjour de 4 semaines pour reconditionnement à l'effort dans le service de MPR du CHU de Poitiers entre janvier 2008 et août 2013. Ils devaient avoir un emploi au moment de l'hospitalisation. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et par un questionnaire interrogeant sur des facteurs personnels et professionnels.

Résultats : La participation était de 61%. 72% des patients étaient en activité professionnelle un an après la sortie d'hospitalisation et 43% des patients avaient eu une inaptitude médicale au poste de travail après leur sortie d'hospitalisation. Plusieurs facteurs ont été retrouvés significativement liés au fait d'avoir une activité professionnelle à un an comme le sexe féminin, certains éléments de l'auto-questionnaire de Dallas, le niveau d'études, l'ancienneté dans l'entreprise, la durée des arrêts de travail, l'exposition aux vibrations, la RQTH, l'invalidité et l'inaptitude médicale au poste de travail. Concernant l'inaptitude, les facteurs significativement liés étaient : les résultats de l'auto-questionnaire de Dallas en début d'hospitalisation, le tabagisme, la douleur à la sortie d'hospitalisation, le recours au centre anti douleur, l'ancienneté dans l'entreprise, une lombalgie secondaire à un accident de travail, la durée des arrêts de travail, l'exposition aux gestes répétitifs, la visite de pré-reprise, la visite de reprise, les restrictions d'aptitude, la RQTH, la rencontre avec le médecin conseil et l'invalidité.

Conclusion : Plusieurs pistes pourraient être développées pour améliorer encore l'efficacité des séjours de reconditionnement à l'effort concernant le maintien ou le retour au travail des lombalgiques chroniques ; comme une meilleure formation et une interaction plus importante entre médecins du travail et services de rééducation.

Mots clés : lombalgie chronique, reconditionnement à l'effort, maintien dans l'emploi, travail, inaptitude