



HAL
open science

Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique

M. Kergresse, Ghislaine Roche-Leboucher, Aurélie François, Audrey Petit,
Yves Roquelaure

► **To cite this version:**

M. Kergresse, Ghislaine Roche-Leboucher, Aurélie François, Audrey Petit, Yves Roquelaure. Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique. Archives des Maladies Professionnelles et de L'Environnement, 2010, 71 (2), pp.95 - 101. 10.1016/j.admp.2010.02.002 . hal-03389881

HAL Id: hal-03389881

<https://univ-angers.hal.science/hal-03389881>

Submitted on 21 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Réseau de prise en charge de la lombalgie chronique

Health care network in charge of chronic low back pain

M. Kergresse*, G. Roche-Leboucher, A. François, A. Petit-LeManac'h, Y. Roquelaure, et 43 médecins du travail des Pays-de-la-Loire

↓ *Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail (LEEST), médecine E-CHU, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France*

Disponible en ligne sur

 **ScienceDirect**
www.sciencedirect.com

Summary

Purpose of the study. We wanted to study the effectiveness of a health care network in charge of maintaining employment of chronic low back pain patients, to determine the adaptation of their work station and assess the quality of inter-professional communication between the occupational physician and the other participants of the network.

Methods. A descriptive and retrospective study, carried out by questionnaires sent to 53 occupational physicians who look after 88 patients included in the *Lombaction* network. Were included in the study all chronic low back pain patients who were originally referred to the network's multidisciplinary consultation by their general practitioner, their occupational physician or their medical rehabilitation specialist, and received functional restoration in 2006.

Results. Sixty-five questionnaires were completed by 43 occupational physicians (73.9% of respondents). Indicators of health in the work place show the level of disability suffered by low back pain patients. Retention in employment is mainly achieved through either clinical improvement owed to the *Lombaction* functional restoration program, an adapted workstation, or the combination of both. Occupational physicians wish for an ergonomic intervention to help maintain employment. However the health care network is suffering from a lack of communication between participants, which undermines the interdisciplinarity required by all health networks.

Conclusion. The management of chronic low back pain by the *Lombaction* network must be interdisciplinary beyond the inclusion multidisciplinary consultation. This need time and trust shared between the different actors of the health network. Information within the network promoted by the network coordinator, especially on the missions of each of network participants must help break the

Résumé

Objectifs. Ils sont d'étudier l'efficacité d'un réseau de santé de maintien dans l'emploi pour les patients lombalgiques chroniques, d'appréhender la réalisation des aménagements du poste de travail des lombalgiques ayant une inadéquation santé/travail et également d'apprécier la communication interprofessionnelle entre le médecin du travail et les autres intervenants du réseau.

Méthodes. Étude descriptive et rétrospective, réalisée par questionnaires envoyés aux 53 médecins du travail de 88 patients inclus dans le réseau *Lombaction*. Étaient inclus dans l'étude tous les lombalgiques chroniques adressés initialement à la consultation pluridisciplinaire du réseau par leur médecin du travail, leur médecin traitant ou leur médecin rééducateur, et ayant ensuite bénéficié d'un programme de réentraînement à l'effort dans le cadre du réseau en 2006.

Résultats. Soixante cinq questionnaires ont été remplis par 43 médecins du travail (soit 73,9 % de réponses). Les indicateurs de santé au travail montrent le caractère handicapant des lombalgies présentées par les patients. Le maintien dans l'emploi est majoritairement obtenu grâce soit à une amélioration clinique liée au programme *Lombaction* de réentraînement à l'effort, soit à un aménagement du poste de travail ou à la combinaison des deux. Une intervention ergonomique, afin de contribuer à l'effort de maintien dans l'emploi, est vivement souhaitée par les médecins du travail. Toutefois le réseau *Lombaction* souffre d'un manque de communication entre les différents intervenants, qui nuit à l'interdisciplinarité requise à tout réseau de santé.

Conclusion. La prise en charge des lombalgiques chroniques par le réseau *Lombaction* se doit d'être interdisciplinaire au-delà de la consultation pluridisciplinaire d'inclusion. Cela nécessite du temps et une confiance partagée entre les différents acteurs de ce réseau de santé. L'information au sein du réseau promue par le coordinateur du

* Auteur correspondant.
e-mail : mathieu.kergresse@live.fr

program down and refine *Lombaction's* interdisciplinarity for the benefit of patients.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Chronic low back pain, Health care network, Rehabilitation, Occupational medicine, Employment

réseau, en particulier sur les missions de chacun des intervenants, doit contribuer à décloisonner le programme *Lombaction* et à parfaire l'interdisciplinarité au profit des patients.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Lombalgie chronique, Réseau de santé, Rééducation, Médecine du travail, Emploi

Introduction

Le coût de la lombalgie chronique en France, en termes de santé publique et d'économie de la santé, est très important. En effet, il s'agit de la première cause d'invalidité chez les moins de 40 ans et de la première cause d'exclusion professionnelle avant l'âge de la retraite.

C'est dans ce contexte qu'a été créé, le 31 décembre 2005, le réseau *Lombaction*, géographiquement étendu sur la région des Pays de la Loire grâce à la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) URCAM-ARH. De 2000 à 2005, le concept thérapeutique et ergonomique existait sous la forme d'une expérimentation financée initialement par le fonds social européen (FSE), le fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT) et le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) [1].

L'objectif premier de ce réseau est de prendre en charge les personnes en âge de travailler, salariées ou non, menacées

d'exclusion socioprofessionnelle du fait de la chronicisation de leur lombalgie. Il s'appuie sur la pluridisciplinarité des intervenants (libéraux, hospitaliers et institutionnels) et sur deux actions essentielles : d'une part, le reconditionnement à l'effort des patients grâce à un programme de kinésithérapie libérale, ou une prise en charge institutionnelle, et d'autre part, le maintien des travailleurs dans l'emploi, par l'amélioration de leurs conditions de travail.

L'étude présentée ici, fait suite à une première étude menée par questionnaires auprès des médecins généralistes concernant l'évolution des lombalgies chroniques en soins primaires avant leur inclusion dans le réseau *Lombaction* [2].

Les deux objectifs principaux de cette étude sont, d'une part, d'évaluer les interactions entre les différents intervenants du parcours de soins des patients (membres du réseau, médecins généralistes, médecins du travail) avec la mise en exergue des freins éventuels à la coopération entre les différents intervenants, et d'autre part, étudier la réalisation des aménagements

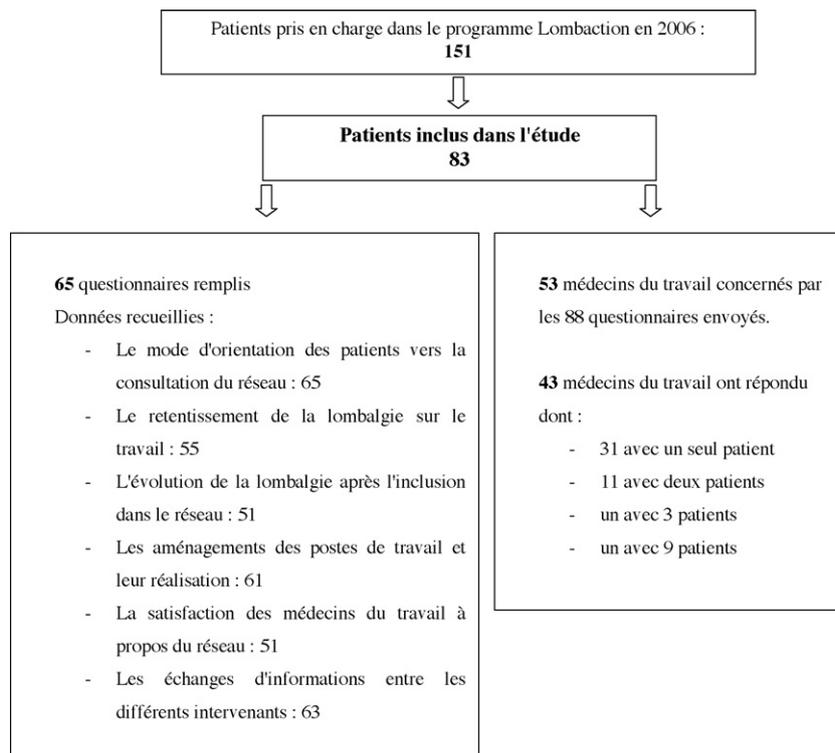


Figure 1. Schéma de l'étude.

du poste de travail des patients avec l'identification des facteurs pris en compte dans cette action.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective non randomisée. Cette étude est basée sur un questionnaire adressé aux médecins du travail exerçant en Maine et Loire, Mayenne et Loire Atlantique et suivant des patients lombalgiques chroniques pris en charge par le réseau *Lombaction*. Les critères d'inclusion motivant l'envoi des questionnaires étaient les suivants : patients inclus dans le réseau *Lombaction* pendant l'année 2006 adressés à la consultation pluridisciplinaire par leur médecin généraliste, ou leur médecin rééducateur, ou leur médecin du travail, et ayant été évalués au cours d'une consultation pluridisciplinaire dans le service de médecine E du CHU d'Angers.

Les critères de non-inclusion étaient ceux-ci : patients vus en consultation pluridisciplinaire mais non traités dans le réseau ; patients adressés par un autre médecin spécialiste que leur médecin du travail, leur médecin rééducateur ou leur médecin généraliste.

Les médecins du travail ont répondu à un questionnaire évaluant le mode d'orientation du patient vers la consultation pluridisciplinaire du réseau, les caractéristiques de sa lombalgie et de son retentissement sur le travail, l'évolution de cette lombalgie après l'inclusion du patient dans le réseau, les aménagements du poste de travail proposés par les médecins du travail, la satisfaction des médecins du travail à propos du réseau et enfin les échanges des médecins du travail avec les autres intervenants de la prise en charge, en particulier l'existence ou non d'un contact avec le médecin traitant (*fig. 1*). Les données ont été recueillies à partir des questionnaires remplis par les médecins du travail sur un tableau Excel et analysées à l'aide du logiciel statistique SPSS®. Il s'agit d'une analyse descriptive.

Résultats

Quatre vingt-huit questionnaires ont été envoyés à 53 médecins du travail. Soixante-cinq réponses nous sont parvenues

(concernant 43 médecins du travail), soit un taux de réponse de 73,9 %.

La population incluse et évaluée se compose de 34 femmes pour 31 hommes, d'âge moyen 42,1 ans (de 26 ans à 55 ans). Cette population fut orientée à la consultation pour 43,8 % par le médecin du travail, pour 35,9 % par le médecin traitant, et pour 21,5 % par un médecin rééducateur ; 52,7 % des patients étaient en arrêt de travail le jour de la consultation, tous étaient en difficultés dans leur travail du fait de la lombalgie (*tableau I*).

Prise en charge des patients dans le cadre du réseau *Lombaction*

Après la consultation pluridisciplinaire, les patients ont été traités dans le cadre du réseau et ont ainsi bénéficié d'un reconditionnement à l'effort pendant cinq semaines qui a eu lieu en kinésithérapie libérale (52,3 % des patients) ou en centre de rééducation (47,7 %). Un patient pris en charge en kinésithérapie libérale a abandonné avant la fin du traitement.

Motif de la consultation pluridisciplinaire du réseau

Parmi les patients adressés à la consultation pluridisciplinaire par leur médecin du travail (43 % des cas), le motif de la consultation le plus souvent invoqué était l'état clinique du salarié (*tableau II*).

Démarche d'aménagement du poste de travail

Devant les difficultés du salarié, avant même la consultation pluridisciplinaire, un aménagement de poste avait été envisagé par le médecin du travail pour 43 salariés soit dans 70,5 % des cas. Une démarche d'aménagement de poste ou de reclassement professionnel auprès de l'encadrement avait, alors, été proposée par le médecin du travail dans 66,1 % des cas.

À l'issue du programme de rééducation de *Lombaction*, 32 aménagements de poste ont pu être proposés, ce qui correspond à 56,1 % des cas. La demande émanait alors du médecin du travail (dans 84,4 % des cas), du salarié (53,1 % des cas), de l'entreprise (28,1 % des cas), ou enfin du médecin généraliste (3,1 % des cas).

Tableau I

Indicateurs de santé au travail imputables à la lombalgie des salariés avant la consultation pluridisciplinaire.

	Nombre de patients avec questionnaire renseigné	Pourcentage de patients (%)
Existence d'arrêts de travail	62	88,7
En arrêt de travail le jour de la consultation	55	52,7
En accident du travail	64	23,4
Déclaré en maladie professionnelle	64	14,1
Reconnu travailleur handicapé	61	29,5
Demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé en cours	61	19,7

Tableau II**Facteurs déterminant l'orientation par les médecins du travail des lombalgiques chroniques vers la consultation pluridisciplinaire.**

	Pourcentage de patients concernés (N = 28) (%)
État clinique du salarié	60,7
Difficultés du salarié au sein de l'entreprise liées à la lombalgie	53,6
Demande du salarié	3,6
Autre cause : échec d'un reconditionnement à l'effort antérieur, besoin ressenti de prise d'avis auprès de la psychologue du réseau, problème relationnel avec un collègue	10,7
Pas de raison mentionnée	7,1

Tableau III**Les acteurs de la réalisation des aménagements de poste.**

	Pourcentage des différents acteurs des 32 aménagements de poste de travail (%)
Médecin du travail seul	35,7
Médecin du travail avec l'aide d'un IPRP	10,7
Médecin du travail avec un ergonome externe, consultant	14,3
Médecin du travail avec des techniciens ressources de l'entreprise	39,3

Le principal intervenant pour ces 32 aménagements de poste était le médecin du travail qui pouvait être aidé ou non dans cette démarche. Cette aide venait alors dans la majorité des cas des techniciens ressources de l'entreprise ou d'un intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) (tableau III). Le temps consacré par le médecin du travail à cet aménagement était en moyenne d'un jour (jusqu'à trois jours).

Pour les salariés, la reprise effective du travail après la rééducation était de 70,7 % et le plus souvent sur un poste adapté (tableau IV).

Information des médecins du travail

Le médecin du travail ne connaissait pas le problème de lombalgie chronique du salarié dans 7,8 % des cas. Dans les cas où il en avait connaissance, l'information lui avait été délivrée par le salarié (88,3 % des cas), par le médecin traitant (6,7 %), ou par un autre biais (5 %) (antécédents du patient, par l'entreprise, ou la connaissance de séquelles d'accident de

travail). La prise de connaissance de la lombalgie datait de moins d'un an dans 28,8 % des cas, d'un à cinq ans dans 52,6 % des cas, de plus de cinq ans dans 18,7 % des cas.

De nombreux salariés (88,7 % des cas) avaient déjà été en arrêt de travail pour lombalgies avant la consultation pluridisciplinaire ; 56,4 % de leurs médecins du travail avaient eu connaissance de ces arrêts en dehors d'une visite de reprise. Ils en avaient été informés par le salarié (93,1 % des cas), ou par le médecin généraliste (6,9 % des cas).

Contacts entre les différents acteurs de la prise en charge

Avant la consultation pluridisciplinaire, 22,2 % des médecins du travail ont eu besoin d'échanger des informations avec les médecins généralistes. Les médecins du travail ont initié cet échange dans 85 % des cas. Ainsi, dans les six mois précédant la consultation, on peut comptabiliser un échange dans 54,6 % des cas, deux à cinq échanges dans 36,3 % des cas, plus de cinq échanges dans 9,1 % des cas. L'échange

Tableau IV**Les modalités de retour au travail des salariés.**

	Pourcentage de patients concernés (N = 58) (%)
Reprise au même poste sans adaptation	24,1
Reprise sur un poste adapté	34,5
Reprise avec changement de poste	12,1
Non-reprise à temps plein avec soit prolongation de l'arrêt soit mi-temps thérapeutique	10,3
Non-reprise avec licenciement pour inaptitude	8,6
Non-reprise pour autre raison (parmi lesquelles : une retraite pour invalidité concernant une autre pathologie, un congé longue durée pour dépression, deux contrats de travail non renouvelés, un licenciement pour autre raison, et un perdu de vue)	12,1

d'informations était ressenti par les médecins du travail comme « facile » (41,7 % des cas), « plutôt facile » (8,3 % des cas), « plutôt difficile » (8,3 %) ou « difficile » (41,7 %).

Lorsque le médecin du travail n'était pas l'initiateur de la prise en charge par le réseau, le médecin généraliste ou le médecin rééducateur ont sollicité son avis dans 10,5 % des cas.

Après la consultation, le médecin du travail a été tenu informé des modalités et des dates précises de la rééducation dans 89,1 % des cas. Cette information s'est alors faite par le salarié (32 % des cas), par le spécialiste (2 %) ou par le réseau *Lombaction* (88 %), mais jamais par le médecin traitant.

Après la prise en charge du patient dans le réseau *Lombaction*, le médecin du travail du patient concerné est entré en contact avec le médecin traitant dans 4,6 % des cas, et avec le médecin rééducateur du réseau dans 13,8 % des cas.

L'appréciation du réseau

Concernant le réseau, 96,9 % des médecins du travail le connaissaient déjà auparavant (période d'expérimentation de 2000 à 2005) ; 90 % étaient satisfaits de l'information fournie sur ce réseau et 66,7 % jugeaient utile la possibilité de pouvoir assister à la consultation pluridisciplinaire.

Les médecins du travail jugeaient l'évolution des lombalgies du salarié après leur inclusion dans le programme en amélioration à 82,4 % des cas, stable dans 15,7 % des cas, ou dégradée dans 1,9 % des cas ; 96,1 % des médecins du travail étaient satisfaits de la prise en charge multidisciplinaire du réseau et quand ils l'ont exprimée, la satisfaction des salariés était de 100 %.

Par ailleurs, 73,8 % des médecins du travail souhaiteraient que certains intervenants comme des ergonomes, des assistantes sociales, des psychologues, des médecins rééducateurs soient plus présents au sein de l'entreprise afin de mieux faire face au problème de lombalgies des salariés et à l'inadéquation santé/travail évoquée.

Discussion

Tout d'abord, il est important de souligner que cette évaluation du fonctionnement du réseau *Lombaction* n'aurait pas existé sans l'implication active des médecins du travail des patients inclus. Le taux de retour des questionnaires a permis d'approfondir les réponses obtenues. Ces réponses portent sur un échantillon de patients lombalgiques sélectionnés, ne serait-ce que par le fait qu'ils appartiennent à un réseau de soins et qui n'est, en conséquence, pas représentatif de la population des lombalgiques chroniques. Les réponses permettent néanmoins d'étudier diverses données telles que l'évaluation du réseau, le maintien dans l'emploi et la communication au sein du réseau.

Les réseaux de santé (à l'instar du réseau ville-hôpital pour les patients atteints du VIH créé en 1991) naissent lorsqu'il y a perception de problèmes de santé publique dont il est

important d'améliorer la prise en charge. Les différents marqueurs de santé au travail des lombalgiques chroniques inclus dans l'étude et le retentissement de leur pathologie sur leur travail (accidents du travail, maladies professionnelles, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) mettent en évidence la nécessité d'une prise en charge structurée, coordonnée et suivie de ces patients, en particulier au niveau de leur emploi.

La création du réseau *Lombaction* s'est faite dans ce sens le 31 décembre 2005. Ce réseau a acquis sa légitimité première grâce à diverses études antérieures [1,3-5]. Puis comme tout réseau de santé français bénéficiant de financement, il a été soumis comme le prévoit le Code de la santé publique à une obligation d'autoévaluation à la fois quantitative et qualitative [6].

L'évolution clinique des patients lombalgiques a été évaluée très positivement par les médecins du travail qui jugeaient d'une amélioration clinique dans plus de quatre cas sur cinq. L'avis des médecins du travail sur la prise en charge des salariés lombalgiques chroniques par le réseau *Lombaction* était, quant à lui, favorable dans plus de 95 % des cas. Cet avis était superposable à celui recueilli auprès des médecins généralistes concernant le même réseau lors d'une étude récente.

Il existait une inadéquation santé/travail pour la majorité des patients lombalgiques chroniques inclus dans l'étude. C'est pourquoi, un aménagement du poste de travail était proposé à l'encadrement de l'entreprise dans deux tiers des cas avant même la consultation pluridisciplinaire. Après la rééducation de type *Lombaction*, l'aménagement de poste était moins souvent nécessaire puisque 15 % des aménagements envisagés antérieurement n'étaient finalement pas proposés. Lorsqu'il y a eu proposition d'aménagement de poste celui-ci a été effectif pour plus de neuf patients sur dix.

Le maintien dans l'emploi implique l'employeur et ne peut se faire sans sa participation active. Lorsqu'un aménagement de poste a eu lieu, un à trois jours ont été consacrés à cette tâche par le médecin du travail, ce qui souligne le niveau d'implication et de mobilisation nécessaire pour cette démarche. Cela s'est fait sans sollicitation d'autres intervenants dans 1/3 des cas. L'implication de l'entreprise est réelle puisque dans près de quatre cas sur dix elle a mis à disposition des techniciens ressources pour collaborer avec le médecin du travail. Ainsi, un IPRP ou un ergonome sont intervenus dans 25 % des cas.

Pour intervenir dans le maintien dans l'emploi, sept médecins du travail sur dix souhaiteraient la participation au sein de l'entreprise, d'ergonomes extérieurs ainsi que la présence d'assistantes sociales, de psychologues ou de médecins rééducateurs. Cela souligne l'importance des équipes pluridisciplinaires de santé au travail et la nécessité d'un fonctionnement interdisciplinaire dans le maintien dans l'emploi.

L'évaluation du fonctionnement du réseau montre l'importance des interactions entre les différents intervenants, en

particulier la prise de contact avec le médecin du travail, qui a un rôle primordial pour le maintien dans l'emploi des patients, et le lien avec le médecin généraliste, qui organise le parcours de soin des patients. L'évaluation montre que ces relations pourraient être améliorées.

L'antécédent de lombalgie chez les salariés était porté à la connaissance du médecin du travail par le médecin généraliste dans moins d'un cas sur dix. Le médecin du travail connaissait pourtant ce problème de santé par le colloque singulier avec le salarié (sept cas sur dix). Quand le salarié était en arrêt de travail pour lombalgie, le médecin du travail en était informé par le médecin généraliste dans moins d'un cas sur dix et dans plus de 90 % des cas par le patient. Le médecin du travail n'a participé à la discussion de l'orientation vers le réseau que dans un cas sur dix, lorsqu'il n'était pas l'initiateur de cette démarche. Le secret médical opposable ne semble pas être en cause dans ce manque d'échange puisque l'information a été donnée par les patients eux-mêmes. Cela met donc en évidence un manque de communication entre le généraliste et le médecin du travail, et un manque de collaboration qui pourrait être une perte de chance pour les patients dans les décisions prises notamment quant à leur avenir professionnel.

En se plaçant dans le sens inverse de la communication médecin du travail-médecin généraliste, un médecin du travail sur quatre a échangé avec le généraliste concerné. L'appréciation de la facilité des échanges d'informations est hétérogène avec 50 % d'avis positifs et 50 % d'avis négatifs. Le manque de communication interprofessionnelle s'explique souvent par des contraintes temporelles : difficulté à joindre le médecin traitant en consultation ou en visite chez un patient, ou difficulté à joindre le médecin du travail, lui-même en consultation ou en visite en entreprise. Ainsi, la coordination entre le médecin du travail et le médecin traitant pour la prise en charge spécifique de ces patients chroniques, même si elle est nécessaire, reste difficile et chronophage et sans temps dédié disponible pour les médecins généralistes.

Le réseau *Lombaction* permet d'apporter une réponse à ces défauts de communication en assurant une coordination à la prise en charge des patients lombalgiques chroniques. Il fixe avec les patients et avec leurs médecins des objectifs de prise en charge, de retour au travail et d'aménagements de poste quand cela est possible, et favorise l'échange d'informations entre eux. Au cours de la consultation pluridisciplinaire, le rappel de la possibilité d'une visite de pré-reprise avec le médecin du travail pour les patients en arrêt prolongé permet souvent au patient de renouer le contact avec l'entreprise et de se mettre dans une perspective plus précise de reprise du travail.

Un autre élément souligné par les médecins du travail quant à la difficulté d'échanges avec les médecins généralistes est le manque de connaissance des missions de la médecine du travail par les généralistes. Cela explique que les échanges

d'informations et la communication d'éléments du dossier puissent poser quelques difficultés et que l'interdisciplinarité ne puisse se réaliser dans de bonnes conditions. Il existe donc un besoin de connaissance de l'autre et de ses référentiels pour qu'une confiance mutuelle naisse. Des actions en faveur du développement et du partage de l'information, notamment par une formation commune pluridisciplinaire pourraient être utiles, de même que des actions d'information sur le rôle de chacun des intervenants [7]. Il est à noter que des formations ont été financées dès la création du réseau *Lombaction*, et que ces formations devraient à l'avenir promouvoir plus spécifiquement la communication interprofessionnelle.

Conclusion

Le programme *Lombaction* repose sur un réseau interdisciplinaire qui contribue au maintien dans l'emploi. Différents professionnels de santé y sont acteurs. Cependant, le réseau ne peut se substituer à l'entreprise qui doit rester la principale garante du maintien dans l'emploi. C'est pourquoi la mobilisation des entreprises est essentielle.

Le fonctionnement du réseau pallie en partie aux difficultés d'échanges entre les médecins du travail et les médecins généralistes. Cette communication peut s'améliorer notamment via une meilleure connaissance des missions du médecin du travail.

Malgré la mobilisation des entreprises et des services de santé au travail, l'évaluation souligne l'absence de certains intervenants au sein de l'entreprise, en particulier les ergonomes, les psychologues du travail.

Remerciement

Nous remercions Madame Josiane Tomas interne au département de santé publique du CHU d'Angers pour sa participation active au travail de collecte des données.

Références

- [1] Bontoux L, Roquelaure Y, Billabert C, et al. Étude du devenir à 1 an de lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action ergonomique recherche de facteurs prédictifs de retour et de maintien au travail. *Ann Med Phys Read* 2004;47:563-72.
- [2] Bouton C, Roche G, Roquelaure Y, et al. Management of low back pain in primary care prior to multidisciplinary functional restoration: A retrospective study of 72 patients. *Ann Readapt Med Phys* 2008;51:650-62.
- [3] Loisel P. et al. Études et recherche IRSST, rapport R-140 : la clinique des maux du dos. Un modèle de prise en charge en prévention de la chronicité ; 1996.
- [4] Jousset N, Fanello S, Bontoux L, et al. Effects of functional restoration versus three hours per week physical therapy in chronic low back pain. *Spine* 2004;29:487-93.

- [5] Roche G, Ponthieux A, Parot-Shinkel E, et al. Comparison of a functional restoration program with active individual physical therapy for patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88(10):1229–35.
- [6] ANAES, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation des réseaux de soins bilan de l'existant et cadre méthodologique ; 2001.
- [7] De Haro A. CLIC et réseaux gériatriques. Les études hospitalières ; 2007.