

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année : 2020

N°

**THÈSE**

pour le

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

(MÉDECINE DU TRAVAIL)

par

**Boris EUVRARD**

Né le 25 octobre 1978 à Nantes (44)

---

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2020

---

**Retour au travail des patients fibromyalgiques sévères en arrêt-maladie prolongé hospitalisés au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur, puis au Centre de Rééducation Fonctionnelle : efficacité à 24 mois, facteurs prédictifs de reprise et cartographie des acteurs mobilisés**

---

Président : Monsieur le Professeur Julien NIZARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Dominique TRIPODI

Membres du jury : Madame le Professeur Audrey PETIT  
Monsieur le Professeur Yves MAUGARS  
Madame le Docteur Caroline VICTORRI-VIGNEAU



UNIVERSITÉ DE NANTES

## Remerciements

**Au Professeur Julien NIZARD**, je vous remercie chaleureusement de m'avoir proposé ce sujet de thèse lors de mon stage au CETD qui fut aussi formateur qu'enrichissant. Ayant particulièrement apprécié l'approche intégrative transdisciplinaire, c'est toujours un plaisir de suivre vos précieux conseils et indications avisées.

**Au Docteur Dominique TRIPODI**, je vous suis très reconnaissant pour votre accueil en Pathologies professionnelles, ainsi que pour votre supervision bienveillante. Votre éclairage expérimenté m'a permis d'affiner la méthodologie et j'espère que nous pourrions mener d'autres travaux passionnants ensemble.

**Au Professeur Audrey PETIT**, je vous exprime ma profonde gratitude de juger la présente étude qui s'inspire de vos enseignements toujours enthousiasmants et d'une très grande qualité, tant au travers des cours du cursus d'internat que du diplôme universitaire d'Ergonomie centré sur le Maintien en emploi.

**Au Professeur Yves MAUGARS**, je suis très honoré que vous ayez accepté de participer au jury de thèse. Les bases de la Rhumatologie sont essentielles à la pratique du médecin du travail, et je n'oublierai jamais que vous m'avez appris à examiner correctement une épaule, lors d'un stage optionnel dans votre service.

**Au Docteur Caroline VICTORRI-VIGNEAU**, merci infiniment pour l'attention que vous porterez à ce travail. Ayant assisté à vos cours d'externat sur les récepteurs monoaminergiques, c'est avec joie que j'ai suivi vos interventions, lors du stage au CReSERC sur l'éducation thérapeutique, avec le Docteur Marion ESPITALIER.

**Au Docteur Véronique FRAMPAS**, t'ayant d'abord connu lors d'une formation coordonnée par le Professeur Yves ROQUELAURE, tu es aujourd'hui ma collègue et je te remercie grandement pour ton aide. Ton engagement dans la cellule de maintien en emploi est exemplaire : tu es une vraie personne ressource.

**Au Docteur Alexandre GUARINO**, je te remercie vivement de m'avoir explicité les modalités de la prise en charge rééducative et de m'avoir aimablement indiqué les personnes ayant été hospitalisées à Maubreuil. Je salue également le Docteur Edouard GEORGETON pour sa contribution à la définition des inclusions.

**A Monsieur Cédric CARTAU, à Monsieur Philippe TESSIER, à Madame Zeineb LAMOUREUX, au Docteur Cécile PAILLÉ et au Professeur Paul BARRIÈRE**, vous avez tous concouru à l'aboutissement du long processus de formalisation de la démarche de recherche, sur le plan théorique, éthique et opérationnel.

**Au Docteur Nathalie GOUPIL et au Docteur Anicet CHASLERIE**, pour votre initiation à l'analyse des données de l'Assurance maladie. Il s'agit d'une belle aventure, l'important n'étant pas la destination mais le voyage, c'est-à-dire l'acquisition d'une méthode, pour naviguer sur l'océan parfois tumultueux de la Recherche.

**Au Docteur Jean-Michel NGUYEN et au Docteur Brice LECLÈRE**, pour vos enseignements didactiques et interactifs, lors des cours d'Epidémiologie du Master 1 Biologie Santé. Un très grand merci également à Madame Brigitte DESSOMME qui m'a bien guidé dans le maniement des outils d'analyse statistique.

**Aux Docteurs Sébastien ABAD, Marine LETELLIER, Elisabeth MOSSER, Emmanuelle KÜHN, Yunsan MEAS, Eva KERROUAULT, Edwige De CHAUVIGNY, Sylvie RAOUL, Gaël GERNOUX, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe du CETD et au Dr Antoine SCHMIDT**, merci d'avoir rendu ce stage dynamique, porteur et captivant.

**A l'ensemble de mes Maîtres** qui ont rendu ce parcours d'étude de 10 ans fort attrayant, voire palpitant. Je salue amicalement le Docteur Pierre MENU qui m'a décrit la réadaptation locomotrice lors de douleurs chroniques, ainsi que le Docteur Marie-Laure SAUVAGE qui m'a explicité l'importance des échanges pour faciliter les aménagements de poste, tout comme le Docteur Veronica MOSCA-VAUTIER avec qui j'ai pu pratiquer la gestion des urgences, ainsi que la Toxicologie apprises avec le Professeur Alexis d'ESCATHA.

**Au Docteur Vincent JUBÉ**, pour son aimable relecture. Tu es un excellent pédagogue et j'ai toujours à cœur de mettre en œuvre tes conseils, au prisme de la médecine préventive auprès des salariés et employeurs. Tu es pour moi un modèle, tant tu allies maîtrise de la clinique et actions fondées sur la Science et le Droit.

**Aux Docteurs Marie-Hélène HOUSSIN, Christine RAUX-POMPILIO et Hélène MARQUESTAUT**, pour votre sympathique accueil, votre disponibilité solidaire et la justesse de vos conseils, lors de ma prise de fonction et dans la poursuite de mon activité médicale, égayée par nos actions en commun. Je remercie les membres de mon équipe, Madame Anne-Laure Le DALIC et Madame Servane NOGUES pour votre assistance parfaite, ainsi que Madame Bénédicte Le BRETON, Madame Elisabeth CLAVEAU et Monsieur Yoann SUEL : vous conjuguez de hautes capacités relationnelles, avec des compétences certaines. Je remercie également mes autres collègues de Novalis, notamment les Docteurs Sophie PAUL-DAUPHIN, Ann-Gaëlle PAOLILLO, Anne Marie Le BOULAIRE, Patrick SCHLINDWEIN et David GENDRE, ainsi que tous les membres des équipes de Novalis, et plus largement, tous mes collègues du SSTRN, spécialement le Docteur Françoise DUCROT, pour son implication dans mon intégration, puis dans la mise en perspective de possibles projets de partenariats.

**A mes camarades de promotion et compagnons d'internat, en particulier au Docteur François LÉGER**, de co-voitages estudiantins en conférences d'astronomie, ponctués de multiples sorties dînatoires, tu as largement nourri la réflexion autour du design de nos travaux, avec en prime la naissance d'une belle amitié.

**A mes regrettés parents**, à toi Mireille EUVRARD, médecin-directeur fondateur d'un centre de soins pour toxicomanes : La Rose des Vents est ton plus bel héritage, mais j'espère que tu m'auras transmis quelque chose de ton goût pour la Psychologie et les valeurs humanistes. A toi Christian EUVRARD, professeur de collège, j'ai suivi tes traces via la littérature, l'art, l'Histoire et autres sciences humaines. Vous me manquez.

**A ma tendre épouse Tyna**, pour ton soutien indéfectible dans la poursuite de mes études et de nos projets familiaux, au sein d'une constellation scintillant de 2 adorables enfants, Camille et Mathis que j'embrasse.

**A tous les patients qu'il m'a été donné de rencontrer**, vous m'avez souvent dépeint un *curriculum laboris* parsemé d'embûches, mais aussi source intarissable de satisfactions. Le présent travail vous est dédié.

# Table des matières

<b>I – Introduction et contexte de la problématique</b> .....	<b>p. 13</b>
<b>1. <u>La fibromyalgie : état des lieux des connaissances médicales</u></b> .....	<b>p. 14</b>
<b>1.1. Emergence de l’entité nosographique et rappel des données épidémiologiques</b> .....	<b>p. 14</b>
1.1.1. Contexte historique.....	<b>p. 14</b>
1.1.2. Prévalence et incidence.....	<b>p. 16</b>
<b>1.2. Bases physiopathologiques et déterminants étiopathogéniques</b> .....	<b>p. 17</b>
1.2.1. Du déterminisme psychosomatique au dysfonctionnement neurologique.....	<b>p. 17</b>
1.2.2. Multiplicité des facteurs de vulnérabilité.....	<b>p. 20</b>
<b>1.3. Démarche diagnostique et critères de gravité</b> .....	<b>p. 21</b>
1.3.1. Critères diagnostiques.....	<b>p. 21</b>
1.3.2. Gradation de la sévérité et échelles de suivi.....	<b>p. 23</b>
1.3.3. Impact des comorbidités.....	<b>p. 25</b>
1.3.4. Importance de l’addictovigilance.....	<b>p. 26</b>
<b>1.4. Stratégies thérapeutiques et approche multiaxiale</b> .....	<b>p. 29</b>
1.4.1. Prise en charge multiaxiale.....	<b>p. 29</b>
1.4.2. Propositions du référentiel français HAS et recommandations européennes EULAR.....	<b>p. 34</b>
1.4.3. Centres antidouleurs et Centres de rééducation fonctionnelle.....	<b>p. 35</b>
1.4.4. Spécificités de la filière de soins CETD – CRF.....	<b>p. 36</b>
1.4.5. Le maintien en activité professionnelle des travailleurs fibromyalgiques.....	<b>p.37</b>
<b>2. <u>Le retour au travail : description des dispositifs d’accompagnement</u></b> .....	<b>p. 39</b>
<b>2.1. Missions du médecin du travail et rôle des autres intervenants en Santé au travail</b> .....	<b>p. 39</b>
2.1.1. Ampleur des missions et modes d’exercice.....	<b>p. 39</b>
2.1.2 Types d’intervention et mesures d’aménagement.....	<b>p. 40</b>
<b>2.2. Acteurs et organismes de prévention de la désinsertion professionnelle</b> .....	<b>p. 42</b>
<b>2.3. Outils de maintien dans l’emploi et structures de reconversion professionnelle</b> .....	<b>p. 43</b>
<b>2.4. Place des situations de handicap et de l’accompagnement socioprofessionnel</b> .....	<b>p. 46</b>
<b>3. <u>La problématique du retour au travail : comment accompagner les patients ?</u></b> .....	<b>p. 48</b>
<b>3.1. Retentissement social et enjeux médico-économiques</b> .....	<b>p. 48</b>
<b>3.2. Difficultés potentielles dans la promotion du maintien dans l’emploi</b> .....	<b>p. 50</b>
<b>3.3. Complexité des composantes facilitant le retour au travail</b> .....	<b>p. 51</b>
3.3.1. Pluralité des facteurs prédictifs du retour au travail.....	<b>p. 51</b>
3.3.2. Cartographie des acteurs et dispositifs facilitant le retour au travail.....	<b>p. 52</b>
<b>3.4. Hypothèse de recherche et objectif de l’étude</b> .....	<b>p. 53</b>

<b>II – Matériel et méthode</b> .....	p. 54
<b>1. Type d'étude</b> .....	p. 54
<b>2. Population étudiée</b> .....	p. 54
2.1. Critères d'inclusion.....	p. 54
2.2. Critères d'exclusion.....	p. 54
<b>3. Choix des critères de jugement</b> .....	p. 55
3.1. Critère principal.....	p. 55
3.2. Critères secondaires.....	p. 55
3.2.1. Critères algologiques.....	p. 55
3.2.2. Critères fonctionnels.....	p. 55
3.2.3. Critères psychologiques.....	p. 56
3.2.4. Critères pharmacologiques.....	p. 56
3.2.5. Critères qualitatifs.....	p. 59
3.2.6. Critères socioprofessionnels.....	p. 59
<b>4. Etudes des facteurs prédictifs de retour au travail</b> .....	p. 59
<b>5. Co-construction du questionnaire</b> .....	p. 62
<b>6. Respect des principes éthiques</b> .....	p. 63
<b>7. Considérations médico-économiques</b> .....	p. 64
<b>8. Recueil de données</b> .....	p. 65
<b>9. Analyse statistique</b> .....	p. 66
<b>10. Etude des données qualitatives</b> .....	p. 67
<b>III – Résultats</b> .....	p. 68
<b>1. Inclusion des patients</b> .....	p. 68
<b>2. Critère de jugement principal</b> .....	p. 69
<b>3. Vérification de la pertinence des inclusions</b> .....	p. 70
3.1. Comparatif des sources d'informations.....	p. 70
3.2. Homogénéité des échantillons fusionnés.....	p. 70
<b>4. Analyse des dossiers</b> .....	p. 70
4.1. Adressage des patients.....	p. 70
4.2. Données recueillies à l'admission.....	p. 72
4.2.1. Données socio-démographiques et professionnelles.....	p. 72
4.2.2. Données algologiques, anamnestiques et fonctionnelles.....	p. 74
4.2.3. Qualité de vie, évaluation psychologique, pharmacologique et addictologique.....	p. 76
4.2.4. Données du diagnostic éducatif.....	p. 78

4.3. Données recueillies à la sortie du CETD.....	p. 80
4.4. Etude de l'efficacité du CETD (à court terme).....	p. 80
4.5. Données des consultations de suivi à 1 an et 2 ans.....	p. 82
4.5.1. Etude de l'efficacité de la filière CETD-CRF (à long terme).....	p. 84
4.5.2. Efficacité sur le plan pharmacologique.....	p. 84
4.5.3. Efficacité clinique globale.....	p. 85
<b>5. <u>Données agrégées des dossiers et questionnaires</u></b> .....	<b>p. 86</b>
5.1. Données agrégées à l'admission.....	p. 86
5.2. Données agrégées dans les 2 ans post-admission.....	p. 87
<b>6. <u>Analyse des questionnaires</u></b> .....	<b>p. 90</b>
6.1. Données subjectives.....	p. 90
6.2. Préparation de la reprise.....	p. 92
6.3. Outils mobilisés pour le maintien en emploi.....	p. 94
6.4. Aides financières attribuées.....	p. 96
6.5. Evaluation de la filière de soins.....	p. 98
<b>7. <u>Etudes des facteurs prédictifs de retour au travail</u></b> .....	<b>p. 100</b>
7.1. Résultats de la régression logistique binaire univariée.....	p. 100
7.2. Résultats de régression logistique binaire multivariée.....	p. 104
7.3. Représentation graphique multiaxiale des facteurs prédictifs.....	p. 107
<b>8. <u>Etudes additionnelles</u></b> .....	<b>p. 108</b>
8.1. Exploration de la faisabilité d'une étude médico-économique.....	p. 108
8.2. Analyse des verbatims.....	p. 109
8.3. Cartographie fréquentielle des acteurs du maintien en emploi.....	p. 120
<b>IV – Discussion</b> .....	<b>p. 121</b>
1. <b><u>Mise en perspective des résultats avec les données de la littérature</u></b> .....	<b>p. 121</b>
2. <b><u>Limites et portée de l'étude</u></b> .....	<b>p. 127</b>
<b>V – Conclusion</b> .....	<b>p. 129</b>
<b>VI – Bibliographie</b> .....	<b>p. 131</b>
<b>VII – Annexes</b> .....	<b>p. 147</b>
<b>VIII – Abstract et Résumé</b> .....	<b>p. 199</b>

*« Grâce à la reconnaissance,  
travailler n'est pas seulement produire des biens ou des services,  
c'est également se transformer soi-même ».*

**Christophe DEJOURS (2009)**

Evaluation du travail et reconnaissance.

*Nouvelle revue de psychosociologie.*

2009 Feb;8:27-36.

## Liste des abréviations

Les abréviations étant fort nombreuses, en particulier dans le domaine du maintien en emploi, nous avons intégralement placé celles citées dans la thèse, en Annexe 1 (p. 147), à l'attention du lecteur.

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Chronologie de l'émergence et de l'essor du concept de fibromyalgie.....	p. 14
<b>Tableau 2</b> : Chronologie de la reconnaissance de la fibromyalgie par le corps médical.....	p. 15
<b>Tableau 3</b> : Prévalence et incidence de la fibromyalgie.....	p. 16
<b>Tableau 4</b> : Points de YUNUS (1981) et critères ACR (1990) .....	p. 22
<b>Tableau 5</b> : Médicaments préconisés par EULAR 2017 (5 disponibles en France, mais sans AMM).....	p.30
<b>Tableau 6</b> : Grille de calcul du MQS (médicaments de la pré-admission à la consultation à 2 ans).....	p.57
<b>Tableau 7</b> : Critère de jugement principal (retour au travail, post-admission à 24 mois) .....	p.69
<b>Tableau 8</b> : Recueil de données – Sources d'informations mobilisées.....	p. 71
<b>Tableau 9</b> : Etude de l'homogénéité des échantillons constituant la population étudiée.....	p. 71
<b>Tableau 10</b> : Dossiers – Données socio-démographiques et professionnelles (à l'admission).....	p. 73
<b>Tableau 11</b> : Dossiers – Données algologiques, anamnestiques et fonctionnelles (à l'admission).....	p. 75
<b>Tableau 12</b> : Dossiers – Qualité de vie, évaluation psychologique et addictologique (à l'admission).....	p. 77
<b>Tableau 13</b> : Dossiers – Données éducatives (tests pré/post-séances d'éducation thérapeutique).....	p. 79
<b>Tableau 14</b> : Dossiers – Données cliniques générales (évaluations de sortie) .....	p. 81
<b>Tableau 15</b> : Dossiers – Efficacité – Comparaison des évaluations (entrées / sorties).....	p. 81
<b>Tableau 16</b> : Dossiers – Consultations de suivi à 1 an et 2 ans.....	p. 83
<b>Tableau 17</b> : Dossiers – Efficacité – Comparaison des évaluations (admission / suivi à 1 an / 2 ans).....	p. 85
<b>Tableau 18</b> : Dossiers et questionnaires – Situation professionnelle (à l'admission) .....	p. 86
<b>Tableau 19</b> : Dossiers et questionnaires – Situation professionnelle (2 ans post-admission).....	p. 88
<b>Tableau 20</b> : Dossiers et questionnaires – Aménagement matériel (2 ans post-admission).....	p. 88
<b>Tableau 21</b> : Dossiers et questionnaires – Retour au travail (2 ans post-admission).....	p. 89
<b>Tableau 22</b> : Questionnaires – Données subjectives (juste avant l'admission) .....	p. 90
<b>Tableau 23</b> : Questionnaires – Données subjectives (2 ans post-admission).....	p. 91
<b>Tableau 24</b> : Questionnaires – Données subjectives (avant et après la reprise) .....	p. 91
<b>Tableau 25</b> : Questionnaires – Préparation de la reprise (2 ans post-admission).....	p. 93
<b>Tableau 26</b> : Questionnaires – Outils de MEE mobilisés (2 ans post-admission).....	p. 95

<b>Tableau 27</b> : Questionnaires – Aides financières (2 ans post-admission).....	p. 97
<b>Tableau 28</b> : Questionnaires – Données subjectives (évaluation de la filière de soins).....	p. 99
<b>Tableau 29</b> : Questionnaires – Situation actuelle.....	p. 99
<b>Tableau 30</b> : Régression univariée – Facteurs prédictifs significatifs du retour au travail.....	p. 102
<b>Tableau 31</b> : Régression multivariée – Modélisation des facteurs prédictifs de la reprise.....	p. 105
<b>Tableau 32</b> : Verbatims – Etude lexicographique.....	p. 109
<b>Tableau 33</b> : Verbatims – Affiliation conceptuelle ciblée des classes hiérarchiques.....	p. 109
<b>Tableau 34</b> : Verbatims – Profil des lemmes significatifs, par classes conceptuelles ciblées.....	p. 110
<b>Tableau 35</b> : Verbatims – Regroupement thématique multiaxial.....	p. 111
<b>Tableau 36</b> : Verbatims – Occurrences des formes actives et thèmes originaux spontanés.....	p. 112

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Importance des travaux de recherche portant sur la fibromyalgie.....	p. 15
<b>Figure 2</b> : Système neuroendocrinien et mécanismes de neurotransmission.....	p. 18
<b>Figure 3</b> : Exploration neuroradiologique par IRM fonctionnelle.....	p. 19
<b>Figure 4</b> : Points de YUNUS (1981) et critères ACR (1990).....	p. 22
<b>Figure 5</b> : Syndromes dysfonctionnels et inexpliqués en Algologie et Pathologie professionnelle.....	p. 25
<b>Figure 6</b> : Inflation épidémiologique des opioïdes (mortalité aux USA, consommation en France).....	p. 27
<b>Figure 7</b> : Neurobiologie et neurophysiologie des addictions dans la fibromyalgie.....	p. 28
<b>Figure 8</b> : Education thérapeutique axée sur l'utilisation du médicament (au sein des CETD).....	p. 31
<b>Figure 9</b> : De la spécialisation en Médecine du travail à la Santé au travail multidisciplinaire.....	p. 39
<b>Figure 10</b> : Intervention ergonomique (modèles d'analyse de l'activité).....	p. 41
<b>Figure 11</b> : CPDP ligérienne (Cellule de prévention de la désinsertion professionnelle).....	p. 42
<b>Figure 12</b> : Paramètres et outils pris en compte par le médecin du travail.....	p. 43
<b>Figure 13</b> : Place du handicap dans le monde du travail.....	p. 46
<b>Figure 14</b> : Principes de l'étude médico-économique du rapport coût-utilité.....	p. 48
<b>Figure 15</b> : Cartographie multipolaire des acteurs et dispositifs facilitant le maintien en emploi.....	p. 52
<b>Figure 16</b> : Constitution de la population d'étude – Diagramme des inclusions.....	p. 68
<b>Figure 17</b> : Critère de jugement principal (comparatif du retour au travail à 12 mois et à 24 mois).....	p. 69
<b>Figure 18</b> : Analyse des dossiers – Mode d'adressage des patients, à l'admission au CETD.....	p. 71
<b>Figure 19</b> : Comparatif des interventions du médecin du travail (selon la reprise).....	p. 72
<b>Figure 20</b> : Comparatif du périmètre de marche et de la distance doigts-sol (selon la reprise).....	p. 74
<b>Figure 21</b> : Comparatif des EVA de l'axe fonctionnel à l'admission (selon la reprise).....	p. 76
<b>Figure 22</b> : Comparatif des scores d'éducation thérapeutique (avant et après séance).....	p. 78
<b>Figure 23</b> : Comparatif des scores d'éducation thérapeutique pré-séance (selon la reprise).....	p. 78
<b>Figure 24</b> : Comparatif des scores d'éducation thérapeutique post-séance (selon la reprise).....	p. 78
<b>Figure 25</b> : Efficacité à court terme, évaluée sur les EVA Douleur, Fonction et Sommeil.....	p. 80
<b>Figure 26</b> : Efficacité à court terme, évaluée sur le périmètre de marche.....	p. 80
<b>Figure 27</b> : Comparatif des catégories d'invalidité (à l'admission, à 1 an et à 2ans).....	p. 84
<b>Figure 28</b> : Efficacité à long terme – Réduction progressive des (co-)antalgiques.....	p. 84
<b>Figure 29</b> : Efficacité à long terme – Réduction progressive du MQS-I.....	p. 84
<b>Figure 30</b> : Efficacité à long terme – Réduction progressive des traitements dépendogènes.....	p. 84

<b>Figure 31</b> : Analyse de la typologie de l'équipement ergonomique (2 ans post-admission).....	p. 87
<b>Figure 32</b> : Comparatif des visites de préreprise (selon la reprise).....	p. 92
<b>Figure 33</b> : Comparatif des RQTH liées à la fibromyalgie d'après les répondants (selon la reprise).....	p. 94
<b>Figure 34</b> : Comparatif de l'aide par le Service de santé au travail (selon la reprise).....	p. 94
<b>Figure 35</b> : Comparatif des ALD et pensions d'invalidité liées à la fibromyalgie (selon la reprise).....	p. 96
<b>Figure 36</b> : Comparatif multiaxial de la satisfaction de la prise en charge via le CETD-CRF.....	p. 98
<b>Figure 37</b> : Répartition de l'activité / inactivité – Situation actuelle.....	p. 98
<b>Figure 38</b> : Régression univariée – Graphique des odds ratio du risque de reprise.....	p. 103
<b>Figure 39</b> : Modélisation monoaxiale du retour au travail – Graphique de probabilité.....	p. 104
<b>Figure 40</b> : Modélisation multiaxiale du retour au travail – Meilleure prédiction de la variance.....	p. 104
<b>Figure 41</b> : Régression multivariée – Modélisation du retour au travail (graphique des odds ratio).....	p. 106
<b>Figure 42</b> : Synthèse – Représentation multiaxiale des facteurs prédictifs (par odds ratio).....	p. 107
<b>Figure 43</b> : Données interrégimes ligériennes 2015-2017 (fibromyalgie et filière de soins).....	p. 108
<b>Figure 44</b> : Verbatims – Dendrogramme par CHD (Classification hiérarchique descendante).....	p. 109
<b>Figure 45</b> : Verbatims – Diagramme multiaxial – Comparaison selon le retour au travail.....	p. 112
<b>Figure 46</b> : Verbatims – Nuages de mots (Regroupement thématique multiaxial).....	p. 113
<b>Figure 47</b> : Verbatims – Exemples illustrant les réponses à l'invitation à laisser une remarque.....	p. 115
<b>Figure 48</b> : Verbatims – Exemples illustrant l'aide apportée par le CETD et le CRF.....	p. 117
<b>Figure 49</b> : Verbatims – Comment améliorer l'accompagnement des démarches professionnelles.....	p. 119
<b>Figure 50</b> : Cartographie fréquentielle des acteurs du maintien en emploi (2 ans post-admission).....	p. 120

## Liste des annexes

<b>Annexe 1</b> : Liste des abréviations.....	p. 147
<b>Annexe 2</b> : Critères ACR de 2010 et 2016 ( <i>American College of Rheumatology</i> ).....	p. 154
<b>Annexe 3</b> : Questionnaire QCD (Questionnaire concis sur les douleurs) et DN4.....	p. 155
<b>Annexe 4</b> : Dépendance et addiction – Eléments de définition .....	p. 157
<b>Annexe 5</b> : Echelle HAD ( <i>Hospital Anxiety Depression Scale</i> ).....	p. 159
<b>Annexe 6</b> : FIQ ( <i>Fibromyalgia Impact Questionnaire</i> ).....	p. 160
<b>Annexe 7</b> : Echelle EIFEL (Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies).....	p. 160
<b>Annexe 8</b> : Questionnaire FABQ ( <i>Fear Avoidance Beliefs Questionnaire</i> ).....	p. 161
<b>Annexe 9</b> : Questionnaire CSQ ( <i>Coping Strategy Questionnaire</i> ).....	p. 162
<b>Annexe 10</b> : Questionnaire d'ETP (Education thérapeutique) utilisé au CETD.....	p. 164
<b>Annexe 11</b> : Avis du GNEDS (Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé), note d'information, trame du questionnaire sur le retour au travail.....	p. 165
<b>Annexe 12</b> : Grilles de calculs détaillés – MQS ( <i>Medication Quantification Scale</i> ).....	p. 180
<b>Annexe 13</b> : Intégralité des verbatims exprimés (avec regroupement thématique multiaxial).....	p. 188

## I – Introduction

La fibromyalgie est emblématique des pathologies complexes qui m’ont foncièrement frappé durant l’internat. Les personnes atteintes de cette affection sont aux prises avec une douleur parfois irréductible et invalidante, se soldant par une trajectoire de soins et un parcours de retour au travail possiblement ardu, voire erratiques.

Les causes étant multifactorielles, les traitements restant multimodaux et la réinsertion multipartenariale, j’ai constaté que les patients sollicitent une nébuleuse de dispositifs de maintien en emploi à l’issue incertaine. Cette problématique nous interroge : comment accompagner les sujets fibromyalgiques en arrêt prolongé ?

Un espoir thérapeutique semble poindre au vu des résultats encourageants obtenus, à l’aune du respect des recommandations de bonnes pratiques, singulièrement via une filière de soins originale, assurant un suivi multidisciplinaire, adossé à des hospitalisations séquentielles au CETD (Centre d’évaluation et de traitement de la douleur) du CHU de Nantes, puis au CRF (Centre de rééducation fonctionnelle) du SSR de Maubreuil.

L’objectif de la présente étude consiste à confirmer l’efficacité sur 2 ans de cette prise en charge, tant sur le plan des données cliniques que socioprofessionnelles. Nous évaluerons ainsi le retour au travail, complété de critères algologiques, fonctionnels, psychologiques, pharmacologiques, qualitatifs et professionnels. S’agissant d’une thèse de Médecine du travail, nous mettrons principalement l’accent sur l’étude des facteurs prédictifs de reprise de l’activité, avec analyse des attentes exprimées et cartographie des acteurs mobilisés.

Dans cette perspective, nous articulerons la présentation du contexte qui se décline en plusieurs parties : nous évoquerons l’état des lieux des connaissances engrangées sur la fibromyalgie (approches historique et épidémiologique, mécanismes physiopathologiques, démarche diagnostique et stratégies de soins, avec un focus sur les enjeux de l’Addictologie et de l’Education thérapeutique), puis nous décrirons les structures et outils d’accompagnement du retour au travail (mission du médecin du travail et rôle des intervenants en Santé au travail, organismes de prévention de la désinsertion, modalités du maintien dans l’emploi et des reconversions professionnelles, place de l’accompagnement des situations de handicap), nous aborderons enfin les défis à relever pour favoriser le retour au travail (prise en compte du retentissement socio-économique, difficultés inhérentes à la promotion du maintien dans l’emploi, complexité des déterminants de la reprise, où se déploient des facteurs prédictifs multiples et une cartographie composite des outils existants).

Le plan exposant la conduite de cette recherche sera ensuite de facture classique, avec d’abord la section « Matériel et méthode » : type d’étude mise en œuvre, détermination de la population étudiée, choix des critères de jugement, étude des facteurs prédictifs, co-construction du questionnaire, principes éthiques, considérations médico-économiques, méthodologie du recueil de données, technique d’analyse statistique, puis finalement, l’étude des données qualitatives qui ont été verbalisées par les répondants au questionnaire.

La section « Résultats » détaillera l’étape initiale d’inclusion des patients, puis présentera d’emblée un résultat essentiel, matérialisé par le critère de jugement principal : la proportion du retour au travail à 1 an et à 2 ans. Après avoir vérifié l’homogénéité des échantillons fusionnés pour constituer la population d’étude, nous exposerons l’analyse des dossiers (adressage, données à l’admission et à la sortie du CETD, ainsi que lors des consultations de suivi à 1 et 2 ans), les éléments des données agrégées, puis l’analyse proprement dite des questionnaires. Nous exposerons enfin les facteurs prédictifs confirmés par des régressions logistiques, avec adjonction d’études additionnelles (faisabilité d’une étude médico-économique et analyse des verbatims).

La section « Discussion » s’efforcera de mettre en lumière les résultats, au regard des données issues de la littérature scientifique, en vue de discerner les limites et la portée de la présente étude épidémiologique.

Aux confins de toute cette démarche qui s’est étalée sur près de 3 ans de rencontres toujours fécondes et d’approfondissements galvanisants, nous concluons par les éléments à retenir, pour nos pratiques futures.

# 1. La fibromyalgie : état des lieux des connaissances médicales

## 1.1. Emergence de l'entité nosographique et rappel des données épidémiologiques

### 1.1.1. Contexte historique

L'évolution du concept de fibromyalgie est jalonnée d'étapes dont nous allons baliser les contours, afin de retracer le cheminement progressif de la connaissance à la reconnaissance de cette affection. Comme le souligne LAROCHE et PERROT (2016), la fibromyalgie est « *un syndrome dont l'étiologie est controversée, pour certains un trouble somatoforme, pour d'autres une construction médicale* » [1].

Par-delà le clivage entre médecins « *fibrosceptiques* » et praticiens à vision « *multidimensionnelle* » pointé par CARVALHO (2016), voici des repères pour saisir le champ sémantique de notre étude [2].

Ainsi que le mentionne INANICI (2004) [3], le « **rhumatisme musculaire chronique** » dénommé de la sorte par BAILLOU dès 1592, est diffusé par VALLEIX (1842) qui identifie des points douloureux : « *Le pronostic n'a rien de grave, seulement, il faut noter que c'est une des maladies les plus rebelles* » [4].

Le concept de « **fibrosite** » est introduit par GOWERS (1904) : « *Severe muscular fibrositis, so severe to mimic a fixation of joints* » (fibrosite musculaire sévère, si grave qu'elle peut mimer un enraidissement) [5].

La « **myofibrosite** » est décrite par MURRAY (1929) : « *Localised inflammation of the perimysium, in short, a myofibrositis* » (Inflammation localisée du périmysium, en bref, une myofibrosite) [6].

Le « **rhumatisme psychogène** » est défini par BOLAND *et al.* (1943) : « *Symptoms as pain... perpetuated by mental influence* » (Symptômes tels que la douleur... perpétués par des influences mentales) [7].

Le terme de « **fibromyalgie** » est forgé par HENCH (1976) pour désigner les rhumatismes non articulaires non inflammatoires [8], des racines gréco-latines : *fibra* (fibre), *μυος* (muscle), *algos* (douleur) [9].

La distinction entre « **fibromyalgies primaires et secondaires** » est explicitée par YUNUS *et al.* dans la première étude clinique contrôlée : « *Common sites of tender points in primary fibromyalgia* » [10].

Les français KAHN (1988) et AMOR *et al.* (1989) décrivent le « **syndrome polyalgique diffus (SPID)** » (sans étiologie unique) [11] et les « **polyenthésopathies** » (atteinte d'insertion des tendons/fascias) [12].

La « **fibromyalgie concomitante** » est évoquée par WOLFE *et al.* (1990) dans l'étude princeps définissant les critères diagnostiques : « *concomitant fibromyalgia patients and secondary-concomitant patients did not differ* » (les patients à fibromyalgie primaire et secondaire/concomitante ne diffèrent pas) [13].

La fibromyalgie est rattachée à d'autres entités : WESSELY (1999) explicite le « **syndrome somatique fonctionnel** » [14], YUNUS (2008) particularise le « **syndrome de sensibilisation centrale (SSC)** » [15].

**Tableau 1 : Chronologie de l'émergence et de l'essor du concept de fibromyalgie**

Année	Auteur	Terme	Concept
1592	BAILLOU	<i>Chronic muscular rheumatism</i>	Rhumatisme musculaire chronique
1842	VALLEIX	<i>Tender points (Muscular rheumatism)</i>	Points douloureux (rhumatisme musculaire)
1904	GOWERS	<i>Fibrositis</i>	Fibrosite
1929	MURRAY	<i>Myofibrositis</i>	Myofibrosite
1943	BOLAND	<i>Psychogenic rheumatism</i>	Rhumatisme psychogène
1976	HENCH	<i>Fibromyalgia</i>	Fibromyalgie
1981	YUNUS	<i>Primary / Secondary fibromyalgia</i>	Fibromyalgie primitive / secondaire
1988	KAHN	<i>Diffuse syndrome polyalgic idiopathic</i>	SPID (Syndrome polyalgique diffus)
1989	AMOR	<i>Polyenthesopathy</i>	Polyenthésopathie
1990	WOLFE	<i>Concomitant fibromyalgia</i>	Fibromyalgie concomitante
1999	WESSELY	<i>Functionnal somatic syndromes</i>	Syndromes somatiques fonctionnels
2008	YUNUS	<i>CSS (Central Sensitization Syndrome)</i>	SSC (Syndrome de sensibilisation centrale)

La reconnaissance de la fibromyalgie (FM) par le corps médical a été scandée par la mise en œuvre d'actions dédiées par les sociétés savantes, la communauté scientifique et les autorités sanitaires.

La légitimation de la fibromyalgie a été marquée par la première codification des critères diagnostiques formalisés par l'ACR (*American College Rheumatism*) qui a grandement revalorisé ce champ d'étude : « *Revived interest in the long known but generally neglected syndrome of fibromyalgia* » (Regain d'intérêt pour le syndrome fibromyalgique, connu depuis longtemps mais généralement négligé). [13]. Autrefois souvent considérée comme une affection psychosomatique, l'OMS a rattaché la FM à un syndrome rhumatologique (1992) : « *It is not thought that pain and tenderness are caused by emotional distress* » (On ne pense pas que la douleur et la sensibilité soient causées par la détresse émotionnelle) [16].

Dans le cadre de la CIM-10 (Classification internationale des maladies), la FM pouvait être codée comme rhumatologique : « **maladie rhumatismale non spécifique** » (M 79.0) ou être classée parmi les troubles mentaux : « **syndrome douloureux somatoforme persistant** » (F 45.4) ; tandis qu'elle est depuis 2006 une entité distincte relevant de la Rhumatologie : « **fibromyalgie** » (M 79.7) [17]. Dans la lignée de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), l'Académie nationale de médecine française (ANM) a déclaré cette même année : « *La fibromyalgie ne peut cependant être assimilée à une maladie psychiatrique* » [18].

En France, le Ministère de la santé mandate la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) pour enquêter sur la prise en charge des douleurs chroniques en 2004, ce qui aboutit à une évaluation de la prévalence de la FM dans les structures spécialisées de lutte contre la douleur (10%). En 2007, la SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur) saisit la HAS (Haute autorité de santé) pour améliorer la gestion des douleurs chroniques. L'étude menée objective alors que 93,8% des recours en centres antidouleurs pour FM sont considérés comme justifiés par les algologues [19].

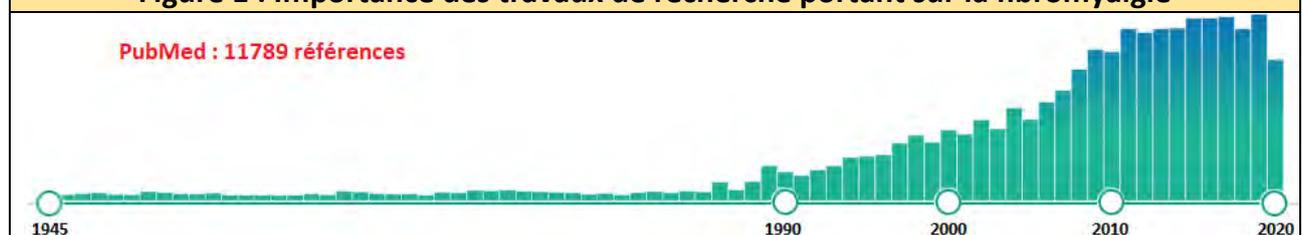
Au niveau international, des recommandations sont formalisées par l'EULAR (Ligue européenne contre le rhumatisme) en 1989 et actualisées en 2007. Elle propose une réponse à la fois pharmacologique et non médicamenteuse au syndrome fibromyalgique, via une prise en charge multidisciplinaire [20]. En France, la HAS (2010) émet des propositions pour la gestion du syndrome fibromyalgique : « *Reconnaître la souffrance physique et morale des patients et les conséquences sur la vie quotidienne* », « *Evoquer le diagnostic de syndrome fibromyalgique* », « *Graduer la prise en charge en fonction des symptômes* » [21].

**Tableau 2 : Chronologie de la reconnaissance de la fibromyalgie par le corps médical**

1990	ACR	Définition des critères diagnostiques de la FM
1992	OMS	Reconnaissance de la FM comme un trouble d'origine non psychosomatique
2004	DHOS	Identification de la FM comme enjeu de santé publique en France
2006	CIM-10	Classification de la FM comme une affection rhumatologique spécifique (Code 79.7)
2006	ANM	Confirmation que la FM représente une réalité clinique autonome
2007	SFETD	Reconnaissance de la FM comme motif de recours justifié dans les centres antidouleurs
2007	EULAR	Recommandations pour la gestion pharmacologique et non médicamenteuse de la FM
2010	HAS	Rapport d'orientation retraçant les enjeux et axes prioritaires inhérents à la FM

Par ce bref tour d'horizon, nous constatons l'ampleur des avancées pour comprendre la FM, comme en témoigne le nombre de travaux dans ce domaine riche et fécond : 11789 publications sur PUBMED [22].

**Figure 1 : Importance des travaux de recherche portant sur la fibromyalgie**



### 1.1.2. Prévalence et incidence

La prévalence de la fibromyalgie varie considérablement selon les études et les pays, de **0,4% à 11%**, avec une nette prédominance féminine : de 61 à 90% (58% sans biais), d'après WOLFE *et al.* (2018) [23].

Une précédente étude conduite par WOLFE *et al.* (2013) sur la population générale allemande (n=2445) suggérait que la version des critères diagnostiques ACR n'a pas d'impact sur l'incidence (**2,1%**) [24].

#### 1) Prévalence en France

L'enquête pionnière de BANNWARTH *et al.* (2009) montrait une prévalence de **2,2%** (IC95% 1,3 ; 3,1) en population générale (n=1014) à partir du questionnaire LFESSQ (*London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire*) sur les douleurs chroniques, la fatigue et la limitation des activités [25].

L'étude DEFI (*Determination of Epidemiology of Fibromyalgia*) effectuée par examen clinique des cas repérés via LFESSQ (n=3081) calculait une prévalence de **1,6%** (IC95% 1,2 ; 2,0), PERROT *et al.* (2011) [26].

#### 2) Prévalence aux Etats-Unis

La prévalence de la FM à d'abord été estimée à **2,0%** (IC95% 2,3 ; 4,6) par WOLFE *et al.* (1995), à partir d'un échantillon randomisé (n=3006), avec une prévalence accrue pour les femmes âgées (7,0%) [27].

La prévalence a été évaluée à **1,7%** (IC96% 1,4 ; 2,1) par WALITT *et al.* (2015) sur le NHIS (*National Health Interview Survey* ; n=8446). 73% des cas avaient un diagnostic autre que la FM selon leur médecin [28].

#### 3) Prévalence dans le monde

Une revue de la littérature de MARQUES *et al.* (2017) ayant sélectionnée 41 papiers indiquait que la prévalence s'étend de **0,2 à 6,6%** (2,4 à 6,8% chez les femmes, culminant à 11,4% en aire urbaine) [29].

La méta-analyse de HEIDARI *et al.* (2017) incluant 65 articles (n=3 609 810) estimait la prévalence à **1,7%** (IC95% 1,6 ; 1,9) en population générale, 4% chez les femmes (IC95% 2,8 ; 5,2), 15% en Rhumatologie [30].

#### 4) Incidence

La 1<sup>ère</sup> étude d'incidence a été réalisée par FORSETH *et al.* (1997) sur la population norvégienne féminine (n=2498), par questionnaires et examens cliniques : l'incidence calculée se chiffrait à **5,8 ‰/an** [31].

L'étude rétrospective de WEIR *et al.* (2006) estimait que l'incidence de la FM atteignait **11,3 ‰/an** pour les femmes, et 6,9 ‰/an chez les hommes (n=62000), avec un risque de comorbidité élevé de 2 à 7 [32].

L'incidence liée au stress au travail hospitalier (charge mentale, faible latitude décisionnelle...) s'élevait à **4,9 ‰/an** (n=4791), odds ratio (OR) 4,1 (IC95% 2,0 ; 9,6) pour le harcèlement, KIVIMÄKI *et al.* (2004) [33].

Une très récente revue des études de cohortes prospectives répertoriées par CREED *et al.* (2020) obtenait la médiane de l'incidence : **4,3 ‰/an** (IC95% 0,3 ; 18,8). Cette incidence grimpeait à 14,0 ‰/an en cas de perception négative de sa santé et culminait à 67 ‰/an, en cas de douleur isolée préexistante [34].

**Tableau 3 : Prévalence et incidence de la fibromyalgie**

Prévalence	Incidence
En France : 1,6% à 2,2%	En Norvège : 5,8 ‰/an
En Allemagne : 2,1%	En Finlande : 4,9 ‰/an
Aux Etats-Unis : 1,7% à 2,0%	Aux Etats-Unis : 4,9 ‰/an
Dans le Monde : 1,7% (0,2 à 11%)	Dans le Monde : 4,3 ‰/an

## 1.2. Bases physiopathologiques et déterminants étiopathogéniques

### 1.2.1. Du déterminisme psychosomatique au dysfonctionnement neurologique

De l'hyperesthésie hystérique à l'hypersensibilité centrale, le **changement de paradigme** semble radical. Dans le cadre de cette thèse, il ne s'agira pas de choisir entre lecture psychodynamique ou neurobiologique, mais simplement d'exposer les hypothèses sous-jacentes à la compréhension de la FM. Il paraît également admissible de dire que la fibromyalgie est une affection multidimensionnelle, au carrefour de la Rhumatologie, la Neurologie, la Pharmacologie, la Psychiatrie... et la Médecine du travail.

#### 1) Hypothèses psychogéniques

- **Hyperesthésie hystérique** : l'hypothèse serait que la conversion somatique théâtralise l'angoisse par le langage polymorphe de la scène corporelle, au travers d'une douleur, mode d'expression de la libido. Notons que la traduction ethnoculturelle varie selon les époques : les crises épileptoïdes à la CHARCOT se sont amendées, tandis que les symptômes surgiraient via plaintes corporelles et quête attentionnelle. Cette conception de FREUD [35] n'est pas retenue par l'approche athéorique multiaxiale catégorielle et dimensionnelle du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) qui démembrer la névrose hystérique en trois troubles : somatoformes, dissociatifs et personnalité histrionique [36]. Les fibromyalgiques ne sont nullement des hystériques, comme l'atteste la psychométrie (MMPI) et une revue de la littérature : la fibromyalgie n'est pas liée à un type de personnalité, MALIN *et al.* (2012) [37].

- **Histoire traumatique** : l'hypothèse serait que l'irruption d'un événement de vie non métabolisable par l'économie psychique aboutirait à l'enkystement d'*angoisses irréprésentables*, avec une voie symbolique d'extériorisation non mentalisée, faisant signe par une *douleur polysémique*, GILLOT et ABAD (2019) [38].

- **Neurasthénie** : l'hypothèse serait que la « *fatigue nerveuse* » mentionnée dès HIPPOCRATE († -377) et décrite par BEARD (1869) ne serait pas une psychonévrose liée à la réactualisation d'un conflit infantile, mais serait une névrose actuelle résultant d'une insatisfaction ou d'une « *usure* » qui se cristalliseraient par un cortège de symptômes apparentés à ceux de la FM : céphalée, rachialgie, clinophilie... [39].

- **Dysthymie** : l'hypothèse serait qu'un état accablant de dépression prolongée et monotone aboutirait à une chute durable du seuil de la douleur. Le substratum anatomique serait la proximité des projections corticales de la douleur et de la dépression, au niveau de l'aire cingulaire antérieure, LORIN (2009) [40].

- **Alexithymie** : l'hypothèse serait que la pensée opératoire décrite par MARTY *et al.* (1963) [41] entrave la distinction des émotions et sensations, SIFNEOS (1973) :  $\alpha$  (sans), λεζις (mot), θυμος (humeur) [42]. Il s'agit d'un appauvrissement des capacités d'élaboration prégnant chez les patients psychosomatiques, générant la libération des affects indicibles via le symptôme corporel, d'après BERGERET (2004) [43]. Des études suggèrent que l'alexithymie est associée à la fibromyalgie dans 15 à 20% des cas : revue de la littérature, Di TELLA *et al.* (2013) [44] et aux addictions (45-67% des cas), selon MORIE *et al.* (2016) [45].

- **Catastrophisme** : l'hypothèse serait que face au stress, des stratégies de coping soient mobilisées pour faire face « *To cope* » aux demandes via des ressources adaptatives : *cognitive* (recherche d'information), *affective* (gestion des émotions) et *comportementale* (résolution de problème), LAZARUS *et al.* (1984) [46]. Les stratégies d'ajustement sont actives (implication) ou passives (évitement), PAULHAN (1992) [47]. La caractérologie s'étudie par MMPI (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota). Les stratégies d'ajustement sont évaluées par CPCI (Inventaire coping douleurs chroniques) ou CSQ (Questionnaire des stratégies de coping) de ROSENSTIEL *et al.* (1983) [48], francisé par IRACHABAL *et al.* (2008) [49]. L'étude comparative (n=84) de BAASTRUP *et al.* (2016) révèle les stratégies de coping prévalentes dans la FM : stratégies actives (réinterprétation des sensations douloureuses, auto-encouragement, hausse de l'activité comportementale, p=0,019) et passives (catastrophisme, prière/espoir, p<0,001) [50].

## 2) Hypothèses organicistes

Ce champ de recherche étant très vaste, nous nous bornerons à expliciter quelques modèles phares.

### - Prédisposition génétique :

Des familles de fibromyalgiques ont été étudiées par PELLEGRINO *et al.* (1989) : **52%** des parents présentaient des signes de FM [51] ; **28%** ont reçu un diagnostic de FM, selon BUSKILA *et al.* (1996) [52]. La FM serait donc une affection multigénique à expression dépendante de facteurs environnementaux.

Le polymorphisme des gènes codant les protéines impliquées dans la neurotransmission de la douleur a été analysé : un lien significatif avec la FM a été retrouvé inconstamment pour une série de récepteurs : sérotoninergique (5HT<sub>2A</sub>), catécholaminergique (COMT)<sup>1</sup>, dopaminergique (D<sub>4</sub>), ionophorique (TRPV<sub>2</sub>), opioïde (OPRK<sub>1</sub>), cannabinoïde (CNR<sub>1</sub>), glutamatergique (AMPA) ; revue de PARK *et al.* (2017) [53].

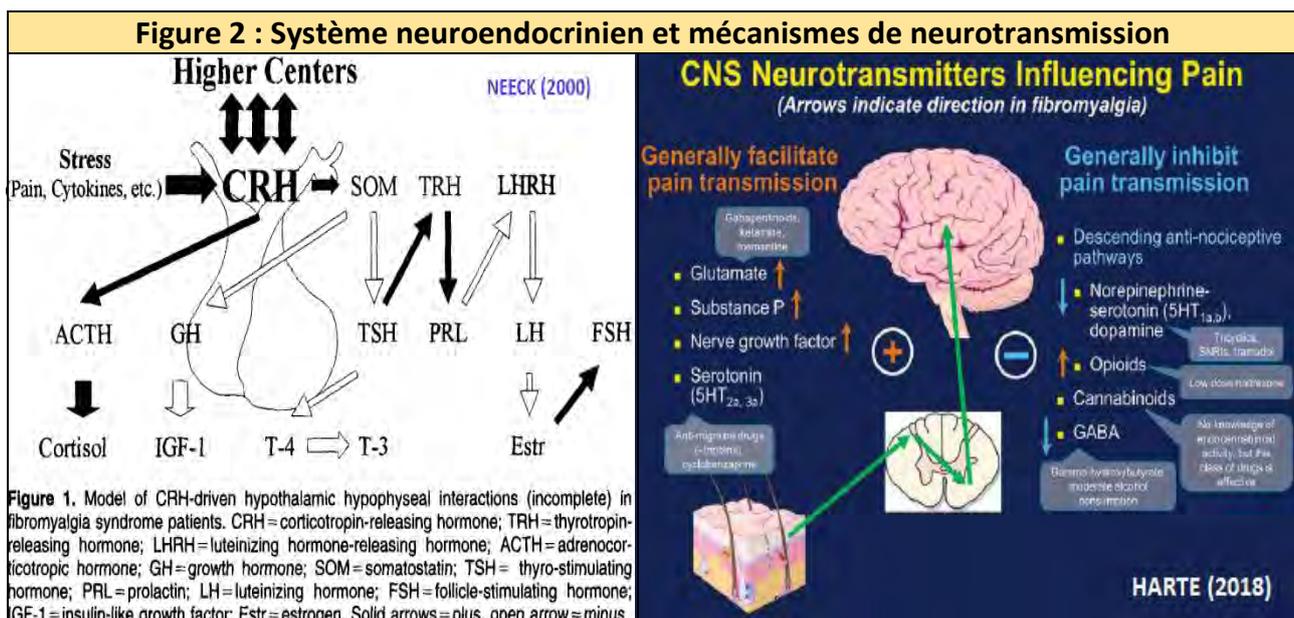
### - Perturbations neuroendocriniennes :

Le stress est susceptible de générer une dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, aboutissant à des anomalies inconstantes de la cortisolémie et du taux d'hormone de croissance (GH) impliquée dans la réparation tissulaire, avec impact thyroïdienne et gonadotrope, NEECK *et al.* (2000). L'hypersécrétion de CRH provoquerait un déficit de GH engendrant myalgies et intolérance à l'effort [54].

### - Dysfonctionnement nociceptif :

La douleur constitue le maître symptôme de la FM. Selon l'IASP (Association internationale pour l'étude de la douleur), il s'agit d'une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* » [55]. Ce phénomène est sous-tendu par une cascade de structures : nocicepteurs, voies médullaires, relais thalamique et projections corticales.

La douleur est modulée par des mécanismes de contrôle qui sont segmentaires spinaux (*gate control* de MELZACK) et supra-spinaux descendants (inhibiteurs gabaergiques, facilitateurs glutamatergiques). L'altération fonctionnelle de ces processus de contrôle intriqués sous-tend la FM : le contrôle inhibiteur bulbaire à médiation sérotoninergique et noradrénergique serait défaillant, HARTE *et al.* (2018) [56].



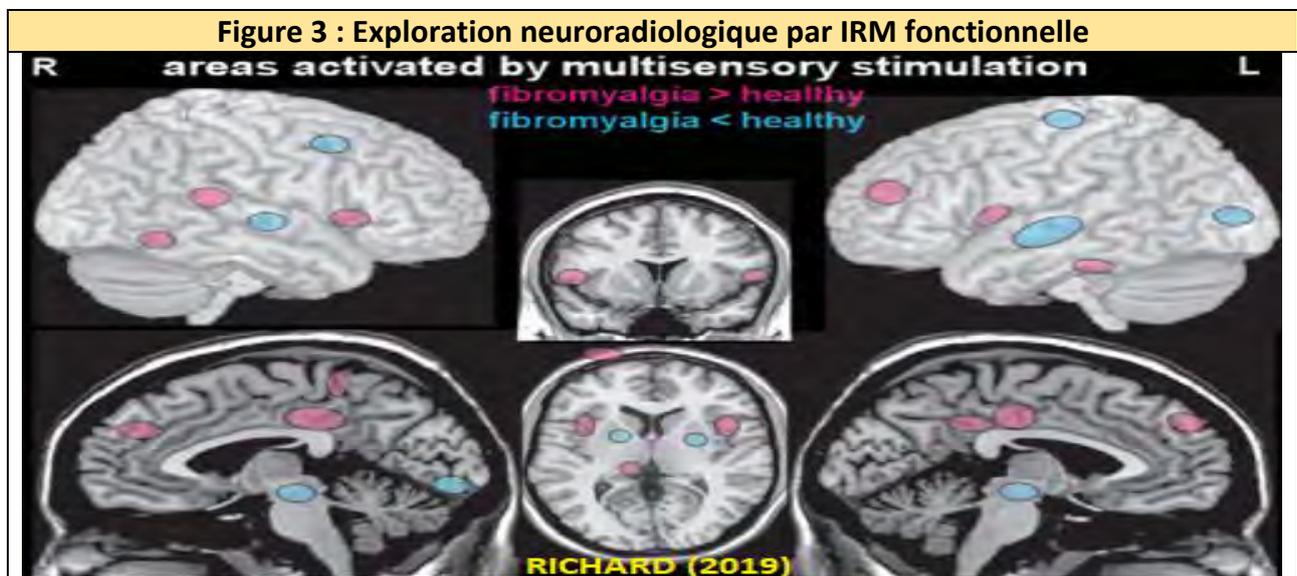
<sup>1</sup> **5HT<sub>2A</sub>** : 5-Hydroxytryptophane 2A ; **COMT** : Catéchol-O-Méthyl-Transférase ; **D<sub>4</sub>** : Dopamine 4  
**TRPV<sub>2</sub>** : *Transient Receptor Potential Vanilloid Type-2* ; **OPRK<sub>1</sub>** : *Opioid receptor Kappa*  
**CNR<sub>1</sub>** : *Canabinoid Receptor 1* ; **AMPA** :  $\alpha$ -amino-3-hydroxy-5-méthylisozazol-4-propionate

### - Hypersensibilité centrale :

Il s'agit d'une hypothèse largement acceptée, pour éclairer la pathogénèse obscure de la fibromyalgie : elle rend compte notamment de l'*allodynie* (douleur causée par un stimulus indolore), de l'*hyperesthésie* (exagération de la sensibilité) et de l'*hyperalgie à la pression* (baisse du seuil de perception de la douleur). La sensibilité extéroceptive thermoalgique provient de mécano-thermo-chémo-nocicepteurs qui interagissent avec la soupe inflammatoire locale algogène (PG, LT, HA, BK, H<sup>+</sup>, Glu, 5-HT, ATP, NGF)<sup>2</sup>. Le message nerveux est véhiculé par les petites fibres A $\delta$  et C jusqu'à la corne dorsale, puis il transite par le tractus spino-thalamique. Cette voie ascendante médullaire est activée par les récepteurs NMDA au glutamate et les récepteurs NK1 à la substance P. Des stimuli douloureux répétés peuvent modifier les structures de contrôle et créer une hyperexcitabilité neuronale amplifiant le signal douloureux [57].

Ceci engramme une **empreinte de la douleur**, par *sensibilisation* de noyaux du système nerveux central : RVM bulbaire sérotoninergique (*Medulla* rostro-ventrale), *locus coeruleus* pontique noradrénergique, raphé et SGPA mésencéphalique (Substance grise périaqueducule) assurant un contrôle inhibiteur diffus. Après ce filtrage supra-spinal et relais via le thalamus, l'intégration de la douleur met en jeu diverses zones : gyrus pariétal post-central (*somesthésie*), cortex cingulaire antérieur (*affectivité*), cortex insulaire (*émotion sociale*), hippocampe (*mémoire épisodique*), amygdale (*peur*), selon GOUAZE (1994) [58].

Cette mécanistique neuroanatomique et neurobiologique a été confirmée par la neuroimagerie, notamment par IRMf (Imagerie par résonance magnétique nucléaire fonctionnelle), PET-Scan (Tomographie par émission de positons) et SPECT (*Single Photon Computed Tomography*). Ainsi, le fonctionnement cérébral impliqué dans la FM commence à pouvoir être visualisé : la 1<sup>ère</sup> étude de KWIATEK *et al.* (2000) dévoilait une baisse du débit sanguin cérébral dans le thalamus [59], une étude de LOPEZ-SOLA *et al.* (2017) cherchait à identifier une « **neurosignature** » de la FM [60] qui reste difficile à confirmer selon RICHARD *et al.* (2019) : la FM pourrait être une entité regroupant diverses affections [61].



### 3) Hypothèse globale intégrative

- Syndrome d'hypersensibilisation centrale : Le SSC (Syndrome de la sensibilisation centrale) a été individualisé par YUNUS (2008) via un modèle biopsychosocial permettant d'abandonner la terminologie de « *somatisation* » et le dualisme *disease-illness* (lésion objective / vécu subjectif). Selon l'auteur, il n'y a pas de dichotomie dissociant le corps et l'esprit, la séparation *Psyché / Soma* est purement didactique et peut mener à un réductionnisme qui n'a plus sa place dans la compréhension holistique de la FM [15].

<sup>2</sup> PG : Prostaglandines (PG E2) ; LT : Leucotriènes ; HA : Histamine ; BK : Bradykinine ; H<sup>+</sup> : Protons  
Glu : Glutamate ; 5-HT : Sérotonine ; ATP : Adénosine triphosphate ; NGF : *Nerve Growth Factor*

### 1.2.2. Multiplicité des facteurs de vulnérabilité

Une revue de la littérature sur la FM a dernièrement été réalisée par CREED *et al.* (2020). Elle met en exergue 6 facteurs de risques : difficultés dans l'enfance, sexe féminin, âge avancé, tabagisme, obésité et antécédents (insomnie, céphalée, douleur isolée, dépression, perception négative de sa santé) [34].

#### - Traumatismes physiques :

L'étude rétrospective (n=939) de JIAO (2015) montre que les traumatismes physiques sont un facteur précipitant dans **27%** des cas [62], contre **17%** dans l'enquête (n=2596) de BENNETT *et al.* (2007) [63].

#### - Douleurs chroniques isolées préexistantes :

Les facteurs de risques physiques prévalents sont les céphalées (OR **8,6** – IC<sub>95%</sub> 3,8 ; 19,2), lombalgies (OR **4,7** – IC<sub>95%</sub> 3,3 ; 6,7) et cervicalgies (OR **3,3** – IC<sub>95%</sub> 1,8-6,0), cohorte de MARKULLA *et al.* (2016) [64].

#### - Surcharge pondérale :

Un lien entre IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> (Indice de masse corporelle) et FM a été identifié : RR (risque relatif) de **1,7** chez les actifs et 2,1 chez les inactifs, dans l'étude longitudinale (n=380) de MORK *et al.* (2010) [65].

#### - Tabagisme :

Dans la cohorte (15 134) de KVALHELM (2013), le tabagisme est à risque de douleur chronique (RR **1,2** – IC 1,1 ; 1,2) [66] et est lié aux polyalgies diffuses : OR **1,6** (IC<sub>95%</sub> 1,0 ; 2,5), ANDERSSON *et al.* (1998) [67].

#### - ΨTr (Traumatismes psychiques) :

L'exposition aux ΨTr est plus élevée dans la FM (p=0,010) : deuil brutal (**68%**), choc émotionnel (**61%**), violence physique (**22%**), viol (**9%**), dans l'étude cas-témoins (n=172/53) de MIRO *et al.* (2020) [68].

#### - ESPT (Etat de stress post-traumatique) :

L'ESPT est plus fréquent en cas de FM (**45%**, p<0,001) et précède la FM (**67%**), avec plus d'événements de vie traumatique (**74%**, p<0,001), dans l'étude cas-témoin (n=395) de HAUSER *et al.* (2013) [69].

#### - EdV (événements de vie) :

Dans la revue systématique des études rétrospectives de YAVNE (2019), les EdV varient de **11% à 61%** [70]. Viols et agressions (OR = **1,4**) sont associées significativement à la FM, HAVILAND *et al.* (2010) [71].

#### - EDM (Episode dépressif majeur) :

Un lien *bidirectionnel* est décelé, la FM est un risque d'EDM (HR=**7,5** – IC<sub>95%</sub> 6,7 ; 8,2), l'EDM est un risque de FM (HR=**6,3** – IC<sub>95%</sub> 5,6 ; 6,9) ; vaste étude (n=25 969 FM / 17 142 EDM) de CHANG *et al.* (2015) [72].

#### - Insomnie :

Un fort risque associé à l'insomnie a été calculé dans l'étude longitudinale (n=327) de MORK *et al.* (2012) : RR de **3,4** (IC<sub>95%</sub> 2,3 ; 5,2). Le RR par stratification des plus de 45 ans atteignait **5,4** (IC<sub>95%</sub> 1,8 ; 5,1) [73].

#### - Catastrophisme :

Il s'agit d'une évaluation exagérément négative de la douleur, perçue et anticipée comme insupportable, et menaçante, SULLIVAN *et al.* (2001) [74]. Chez les douloureux chroniques, le catastrophisme est associé à l'intensité douloureuse, QUARTANA *et al.* (2009) [75] et à la *kinésiophobie*, PICAUVET *et al.* (2002) [76]. Dans la FM, il est lié à l'inefficacité médicamenteuse, EDWARDS *et al.* (2006) [77]. HENRY (2015) a qualifié le triptyque FM / solitude / catastrophisme de « *triangle infernal* » [78]. La FM est liée (p<0,010) au catastrophisme et au *helplessness* (impuissance), étude comparative (n= 92/51), LAMI *et al.* (2018) [79].

### 1.3. Démarche diagnostique et critères de gravité

La douleur chronique a été définie par l'IASP comme persistant plus de 3 mois, BAZZICHI *et al.* (2020). La FM est une « *douleur nociplastique* » (hypersensibilisation lésionnelle), subséquemment ardue à diagnostiquer (faible fiabilité interjuge) et imposant le recours à des « *guidelines critériels* » [80].

#### 1.3.1. Critères diagnostiques

Comme seul 1/3 des *widespread chronic pain* (polyalgies diffuses) sont des FM et que le syndrome fibromyalgique peut se manifester par de pseudo-syndromes lésionnels, il importe de conduire un bilan initial pour écarter les diagnostics différentiels qui sont forts nombreux : inflammatoires, auto-immuns...

##### 1) Examiner des présentations cliniques protéiformes

Nous nous limiterons à rappeler la sémiologie enseignée le Pr MAUGARS, le Pr NIZARD et le Pr PETIT.

- **Présentation évocatrice de FM** : un profil stéréotypé inconstant associé à fatigue et troubles du sommeil

On retient les algies chroniques intenses fluctuantes, à prédominance axiale et topographie symétrique.

- **Présentations trompeuses** : à risque d'errance diagnostique !

Il peut exister des paresthésies pseudo-neurologiques (syndrome du canal carpien), des enraidissements pseudo-rhumatologiques (tableau de pseudo-polyarthrite rhumatoïde), des acrosyndromes pseudo-vasculaires (phénomène de RAYNAUD) et des pseudo-gonflements (parfois évocateurs de myosite).

Le seuil algogène étant bas, l'examen peut indûment orienter vers une tendinopathie de la coiffe où toute manœuvre semble positive (Palm up, PATTE, GERBER et JOBE+), idem à la recherche d'épicondylite (Chair lift test, MAUDSLEY, MILL et COZEN positifs) ou d'autres TMS (troubles musculosquelettiques).

- **Présentation polysymptomatique** : coexistence de nombreux signes associés

Mentionnons les plus fréquents : insomnie et asthénie (90%), céphalées et affects anxiodépressifs (50%), troubles digestifs fonctionnels (30%). Dans l'enquête précitée de BENNETT *et al.* (2007), voici les autres signes accompagnateurs prévalents : lombalgie (63%), spasme et picotements (46%), engourdissements (44%), algies dentaires (32%), jambes sans repos (32%), acouphènes (30%), troubles vésicaux (26%) [63].

##### 2) Effectuer un bilan préalable indispensable

Préférentiellement mené par le rhumatologue, le but est principalement d'écarter tout RIC (Rhumatisme inflammatoire chronique), ainsi que les autres pathologies pouvant mimer un syndrome fibromyalgique. L'objectif est évidemment de ne pas méconnaître une pathologie appelant un traitement spécifique.

La HAS (2010) précise de vérifier la normalité du bilan biologique : pas de syndrome inflammatoire (**NFS** = Numération formule sanguine, **VS** = Vitesse de sédimentation, **CRP** = *C-Reactive Protein*), ni signe immunologique (**AAN** = Anticorps antinucléaire, **FR** = Facteur rhumatoïde, **ACCP** = Anti-Peptide citrique citrulliné, **HLA B27** = *Human Leukocyte Antigen B27*, **ANCA** = Anticorps anti-cytoplasme de neutrophiles, **ATPO** = anticorps anti-thyroperoxydase) ni myopathie (**CPK** = Créatine phosphokinase, **ASAT/ALAT** = Transaminases), ni trouble du bilan phosphocalcique ou thyroïdien (**Ca<sup>2+</sup>** = Calcémie, **P** = Phosphorémie, **25-OH-D3** = hydroxycholécalférol, **TSH** = Thyroestimuline, **T4** = Thyroxine, **PTH** = Parathormone) [21].

Selon l'anamnèse et les signes d'appels, une pathologie infectieuse sera écartée par des sérologies, à la recherche d'une maladie de LYME, voire d'*herpesviridae*. En cas d'arthralgies, des RX (radiographies) pourront être indiquées : RX du bassin pour exclure une sacro-iliite, RX lombaire en vue d'objectiver une discopathie, RX des épaules afin de visualiser une calcification. Sur le plan iconographique, il convient d'éviter la surenchère : scanner, IRM, scintigraphie et EMG (Electromyogramme) sont non contributifs.

### 3) Envisager les diagnostics différentiels

Voici une liste non exhaustive, d'après l'article de HAUSER *et al.* (2014) [81] et la thèse de BREYNE (2017) :

- **Inflammatoire** : PR<sup>3</sup>, spondylarthropathie ± ankylosante (SAA), PPR, LED, GS, myosite, sarcoïdose,
- **Endocrinien** : hypo/hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypo/hypercorticisme, acromégalie,
- **Neurologique** : polyradiculonévrite, neuropathie périphérique, myélopathie, maladie de CHARCOT, SEP,
- **Métabolique** : hypovitaminose D, arthralgie à hydroxyapatite, dyskaliémie, myopathie métabolique,
- **Infectieux** : hépatite virale, coxsackie, CMV, EBV, VIH, borréliose, brucellose, toxoplasmose, trichinose,
- **Tumoral** : lymphome, myélome, métastases osseuses, syndrome paranéoplasique,
- **Iatrogène** : statines, fibrates, opioïdes, IEC, anti-aromatases, biphosphonates, quinolones, chimiothérapie,
- **Exogène** : alcool, amphétamine, opiacés [82].

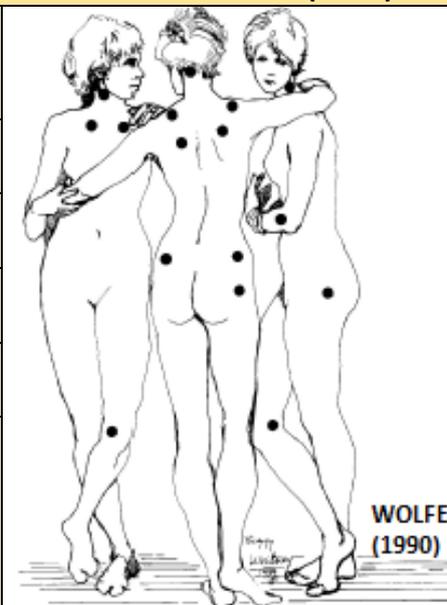
### 4) Prendre en compte les critères diagnostiques ACR

Trois versions successives ont été formalisées par l'ACR (*American College of Rheumatology*).

#### - Critères ACR de 1990 :

L'élaboration des critères de classification ACR s'est avérée cruciale pour fixer la démarche diagnostique. Elle résulte de l'étude pionnière de SMYTHE *et al.* (1977) : 1<sup>er</sup> article pour comprendre la FM [83], ainsi que des travaux de YUNUS *et al.* (1981) isolant les sites *tender points* (sensibles à la pression) [10], pour aboutir aux critères proposés par WOLFE *et al.* (1990), suite à la 1<sup>ère</sup> étude contrôlée (n=293/265) [13].

Les critères sont cliniques : douleurs diffuses > 3 mois (4 quadrants), ≥ 11 points sensibles (4kg/pouce).

Tableau et figure 4 : Points de YUNUS (1981) et critères ACR (1990)		
<b>Points axiaux : 5 points (bilatéraux)</b>		<b>Points périphériques : 4 points (bilatéraux)</b>
- <b>Occipitaux</b> : Muscle sous-occipital		- <b>Epicondyliens latéraux</b> : 2 cm au-dessus
- <b>Cervicaux</b> : Intertransversaire C5-C7		- <b>Glutéaux</b> : Quadrant supéro-externe
- <b>Médio-claviculaires</b> : Bord supérieur des trapèzes		- <b>Trochantériens</b> : Partie postérieure
- <b>Supra-épineux</b> : Epine de la scapula (interne)		- <b>Fémoro-tibiaux</b> : Près de l'interligne articulaire (à la partie interne) A proximité de la patte d'oie
- <b>Sterno-costaux</b> : 2 <sup>ème</sup> jonction chondrocostale		

<sup>3</sup> **PR** : Polyarthrite rhumatoïde ; **PPR** : Pseudo-polyarthrite rhizomélique ; **LED** : Lupus érythémateux disséminé ; **GS** : Syndrome de GOUGEROT-SJÖGREN ; **SEP** : Sclérose en plaque ; **CMV** : Cytomégalovirus ; **EBV** : EPSTEIN-BARR Virus ; **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine ; **IEC** : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

- **Critères ACR modifiés de 2010** : Cf. Annexe 2 (p. 154)

L'objectif principal était de développer une méthode simple et adaptée aux soins primaires (la pression des 18 points de YUNUS étant dépeinte comme peu pratique et pouvant induire des réponses variables).

Une étude multicentrique (n=829) a été menée par WOLFE *et al.* (2010), les échelles catégorielles les plus importantes ont été combinées pour aboutir à la construction du WPI (*Widespread Pain Index*, indice de douleurs généralisées, nombre de zones douloureuses sur 19) et du SSS (*Symptom Severity Scale*, échelle de sévérité des symptômes, sur 12, évaluant fatigue, sommeil, cognition et symptômes somatiques [84].

Le diagnostic de FM est posé si **WPI ≥ 7 et SSS ≥ 5**, ou **WPI de 3 à 6 et SSS ≥ 9** (absence d'autre affection). Ce score clinique non palpatoire retrouve 88% des ACR 1990 positifs qui lui-même identifie 75% des FM.

- **Critères ACR révisés de 2016** :

Une étude (n=5011) a été menée par WOLFE *et al.* (2016) avec des FM répondant aux critères ACR 2010. L'inclusion des **WPI de 4 à 6** (SSS ≥ 9) permet d'identifier 99% des FM (*Versus* 94% avec l'ACR 2010) [85].

- **Outils de dépistage** : 2 auto-questionnaires

Le **FibroDetect** est sensible à 90% et spécifique à 67%, avec 14 items, BARON *et al.* (2014) [86] ; le **FIRST** (*Fibromyalgia Rapid Screening Tool*) conçu par PERROT *et al.* (2010) est sensible à 91% et spécifique à 86 %, avec 6 items : douleurs, fatigue, paresthésies, symptômes, insomnie, troubles cognitifs [87].

### 1.3.2. Gradation de la sévérité et échelles de suivi

#### 1) Gradation de la sévérité

- **Diversité des outils de mesure** :

Plusieurs échelles validées permettent d'estimer la gravité, la perception et le retentissement de la fibromyalgie, en particulier le FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*), MFI (*Multidimensional Fatigue Inventory*), MASQ (*Multiple Ability Self-report Questionnaire*), STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), BDI (*Beck Depression Inventory*) et PGIC (*Patient Global Impression of Change*), selon Le GAL *et al.* (2010) [88].

- **Multidimensionnalité des questionnaires composites** :

Le **FIQ** : auto-questionnaire (10 items) conçu par BURCKHART *et al.* (1991) mesurant fonctionnement physique, statut professionnel, dépression, anxiété, sommeil, douleur, raideur, fatigue et bien-être [89]. Francisé et validé par PERROT *et al.* (2003), il permet d'apprécier la qualité de vie en cas de FM [90].

Des catégories de sévérité ont été fixées via 3 essais cliniques (n=2228) : la forme légère (FIQ<39) répond aux douleurs modérées, sans trouble thymique ni désinsertion ; la forme modérée (FIQ 39 à 59) concerne les algies intenses avec répercussion psychique et restriction physique ; la forme sévère (FIQ > 59) englobe les douleurs rebelles, affects dépressifs, à risque de désinsertion, BENNETT *et al.* (2009) [91].

L'auto-questionnaire de **DALLAS** pour les rachialgies comporte 4 items, MARTY *et al.* (1998) [92]. L'**ICAF** (*Combined Index of Fibromyalgia Severity*) élaboré et évalué par RIVERA *et al.* (2014) permet quant à lui de graduer la sévérité de la FM : il est corrélé à la consommation médicamenteuse et au coping [93].

## - Evaluation des profils de croyances et des stratégies d'ajustement :

Le **FABQ (Fear Avoidance and Beliefs Questionnaire)** est un auto-questionnaire élaboré par WADDELL *et al.* (1993) pour cerner le rôle des croyances, peurs et évitement dans la lombalgie chronique [94]. Le FABQ a été validé en français par CHAORY *et al.* (2004) avec de bonnes propriétés psychométriques [95]. Divisé en 2 sections, il comprend 2 sous-scores : activité physique (cotée sur 24) et travail (noté sur 42). La réduction du FABQ abaisse les algies invalidantes de la FM ( $R^2=28$ ,  $p=0,005$ ), par diminution des peurs de l'activité physique, d'après l'essai contrôlé randomisé post-exercice de PALSTAM *et al.* (2017) [96].

Le **CSQ (Coping Strategy Questionnaire)** a été conçu par ROSENTHAL *et al.* (1983) à partir d'une étude de la lombalgie chronique ( $n=61$ ), pour repérer les facteurs prédictifs d'ajustement à la douleur [97]. Transposé à la FM, NICASSIO *et al.* (1995) a montré la primauté des tentatives d'adaptation [98]. L'analyse des 48 items ( $n=965$ ) par ROBINSON *et al.* (1997) repère 9 facteurs explicatifs de 55% de la variance : évitement, réinterprétation des sensations, auto-encouragement, déni (*ignorance*), prière/espoir, catastrophisme (*dramatisation*), activité comportementale, soutien social et thérapeutiques [99]. La pertinence de l'adaptation française a été établie par analyse factorielle, IRACHABAL *et al.* (2006) [49].

## 2) Echelles de suivi : recours régulier à une batterie d'outils d'évaluation diversifiés

### - Evaluation de la douleur :

Le suivi de la douleur est incontournable, possiblement via divers outils : **EVS** (échelle verbale simple, cotée de 0 à 4), **EN** (échelle numérique, de 0 et 10) et **l'EVA** (échelle visuelle analogique, de 0 à 10).

Les spécificités de la douleur peuvent être évaluées par **DN4** (4 questions sur les douleurs neuropathiques, 10 items), BOUHASSIRA *et al.* (2004) [100] ; le **QDSA** (questionnaire douleur de Saint-Antoine) est la francisation par BOUREAU *et al.* (1984) [101] du questionnaire de MELZACK (1975) [102].

A côté de l'estimation de la douleur spontanée, il existe des mesures simples de la douleur provoquée (**algométrie** par tensiomètre brachial, pouvant induire une *tendinomyalgie*), selon EISINGER (2003) [103]. L'HAS recommande aussi l'utilisation de schémas topographiques des zones douloureuses [104].

### - Evaluation de la qualité de vie :

La qualité de vie peut être appréciée par de nombreux instruments psychométriques selon la HAS [105]. Certains sont génériques : **SF-36** (*Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey*), 8 dimensions, WARE *et al.* (1992) [106] ; **NHP** (*Nottingham Health Profil*), indicateur de santé perceptuelle, 38 items, 6 dimensions, HUNT (1981) [107] ; **WHOQOL** (*World Health Organisation Qualité of Life*), 100 items, 6 domaines, OMS, 1994 [108] ; d'autres sont spécifiques de la FM, selon GUSI *et al.* (2010) [109] : **FIQ** (très populaire) ; **FFS** (*FibroFatigue Scale*), ZACHRISSON *et al.* (2001) [110] ; **ELFE** (*European List for fibromyalgia Evaluation*), non validée [103] ; **ESSS** (*Emotional Satisfaction with Social Support Scale*), conçue par PAIS-RIBERO *et al.* (1999) [111]. Le FIQ expliquerait **71%** de la variance de les douleurs/affects, tandis que l'ESSS en expliquerait seulement **30%**, d'après CAMPOS *et al.* (2012) [112].

Il existe également des échelles multidimensionnelles. Le **QCD** (Questionnaire concis de la douleur) est un auto-questionnaire recommandé par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) dès 1999 [113]. La répercussion sur la vie quotidienne est abordée au prisme d'EVA sur 7 points : activité, humeur, marche, travail, relation avec les autres, sommeil, goût de vivre (Cf. Annexe 3, p. 155).

### - Evaluation des affects : HADS et BDI en auto-évaluation, HDRS et MADRS en hétéro-évaluation

Les affects s'évaluent par divers outils : **HADS** (*Hospital Anxiety Depression Scale*), 21 items, positive si  $\geq 11$ , créée par ZIGMOND *et al.* (1983) [114] et présentée par GUELFY (1996) [115] ; **BDI** (*Beck Depression Inventory*), échelle de BECK *et al.* (1961) [116], francisée par BOURQUE *et al.* (1982) [117], dépression sévère si  $\geq 30/63$  ; **HDRS** (*Hamilton Depression Rating Scale*), 21 items, HAMILTON (1960) [118] ; **MADRS** (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*), 10 items, MONTGOMERY *et al.* (1979) [119]. La HAS (2017) préconise d'utiliser la HADS ou le BDI pour dépister les comorbidités psychiatriques [120].

### 1.3.3. Impact des comorbidités

#### - RIC (Rhumatismes inflammatoires chroniques) et polyarthrose :

Dans la polyarthrite rhumatoïde (PR), 15% des cas ont une FM, cohorte (n=285), KAPOOR *et al.* (2011) [121]. Tandis que pour GIST *et al.* (2018), **33%** des PR (n=117) ont une FM (ACR 1990), voire **42%** (ACR 2010) ; les patients avec PR et FM ont une moindre qualité de vie dans tous les domaines (SF-36, p<0,05) [122].

La polyarthrose est une arthropathie dégénérative multifocale pouvant se surajouter à la FM. Elle se distingue par le caractère mécanique des douleurs ; FINCKH (2007) [123] ; ELHADRAMI *et al.* (2016) [124].

La 1<sup>ère</sup> comorbidité de la FM (n=180) est l'arthrose (**40%**) qui se révèle constituer un prédicteur de visites médicales annuelles > 12/an : OR 2,3 (IC95% 1,1 ; 4,6), étude de BERNATSKY *et al.* (2005) [125].

#### - EDM et TA (Episode dépressif majeur et troubles anxieux) :

Une méta-analyse de LOGE-HAGEN *et al.* (2019) montrait que **25%** des FM sont associées à un EDM [126].

Les FM sont très à risque de TA (OR = **6,7**) : ESPT (OR = 12), phobie sociale (OR = 8,9) et troubles paniques (OR = 5), alors que l'OR de l'EDM est 2,7 et l'addiction 3,3 ; revue systématique, BERNIK *et al.* (2013) [127].

#### - TMS et RPS (troubles musculosquelettiques et risques psychosociaux) :

Les cas de FM avec TMS présentaient plus de détresse et retournaient **9,6 fois moins au travail**, avec une pérennisation 4,3 fois plus rare, étude prospective sur les TMS (n=449), HOWARD *et al.* (2010) [128].

L'étude comparative contrôlée (n=65 FM) de GÜNDÜZ *et al.* (2019) obtient une corrélation négative entre *burnout* et soutien social ( $r_s = -0,6$ ), mais le *burnout* corrèle fortement ( $r_s = 0,5$ ) avec l'EVA douleur [129].

#### - Troubles dysfonctionnels et MUPS (Medically Unexplicated Physical Symptoms) :

Figure 5 : Syndromes dysfonctionnels et inexpliqués en Algologie et Pathologie professionnelle	
Syndromes somatiques fonctionnels	MUPS en Pathologie environnementale
<p>YUNUS (2008)</p>	<p><b>1) Etude sur le retour au travail</b> : PARK <i>et al.</i> (2017)  <b>Prévalence MUPS</b> sur 1,3 millions de canadiens : 5,5%            - SIOC : Intolérance aux odeurs chimiques = 2,7%            - FM : Fibromyalgie = 2,0%            - SFC : Syndrome de fatigue chronique = 1,6% [130]  <b>Maintien au travail</b> : seulement <b>45%</b></p> <p><b>2) Autres syndromes inexpliqués :</b>            - IEI-CEM : Intolérance environnementale idiopathique aux champs électromagnétiques            - WTS : Wind Turbine Syndrome (Intolérance aux éoliennes)            - SBM : Syndrome des bâtiments malsains            - SBI : Silicone Breast Implant : KHOO <i>et al.</i> (2019)            20% d'implants mammaires avec FM [131]</p> <p><b>3) Liens avec la FM :</b>            - <b>55% de FM avec SIOC</b> (n=60) : SLOTKOFF (1997) [132]            - <b>21% de FM avec SFC</b> (n=128) : LAVERGNE (2010) [133]  <b>Maintien au travail</b> pour FM, SFC et SIOC : <b>31%</b>            - <b>Co-occurrence entre MUPS</b> : BARSKY (1999) [134]            . Similarité étiopathogénique des mécanismes            . Chevauchement clinique des symptômes</p>
<p>Syndrome de fatigue chronique, <b>IBS</b> (Syndrome du côlon irritable), <b>TT</b> (Céphalées de tension), Migraine, <b>TMD</b> (Désordre temporo-mandibulaire), <b>MPS</b> (Syndrome myofascial), Syndrome des jambes sans repos, <b>PLMS</b> (Syndrome prémenstruel), <b>MCS</b> (SIOC), Dysménorrhées, <b>FUS/IC</b> (Syndrome urétral, Cystite interstitielle), <b>PTSD</b> (ESPT)</p>	

### 1.3.4. Importance de l'addictovigilance

1) Quelques rappels pour comprendre les enjeux : détails des critères précisés en Annexe 4 (p. 157)

- **Les addictions** : concept uniciste regroupant de nombreuses pathologies marquées par la dépendance

L'addiction est une conduite d'attachement nocif à une substance ou à une activité : assuétude et accoutumance à une drogue (toxicomanie), envie irrésistible de consommer (*craving*), abus de médicament (pharmacodépendance), addiction comportementale (jeu pathologique, anorexie...).

Pour GOODMAN (1990), elle comporte 4 éléments : besoin impérieux, sensation de tension, perte de contrôle et dépendance [135]. La **NIDA** (*National Institute of Drug Abuse*) l'a définie ainsi : « *affection cérébrale chronique récidivante caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de drogue...* » [136].

- **La dépendance** :

Selon la **CIM-10**, la dépendance comprend au moins 3 de ces manifestations : désir puissant d'utiliser la substance psychoactive, difficulté de contrôle de l'utilisation, syndrome de sevrage physiologique si le sujet arrête la consommation, tolérance (augmentation des quantités pour le même effet), abandon des autres sources de plaisir, poursuite de la consommation malgré les conséquences néfastes graves [17].

- **La pharmacodépendance** :

Selon l'**OMS** (1969), la pharmacodépendance est un « *état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament... qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament... Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance* » [137].

- **L'évaluation de la pharmacodépendance** : outils de dépistage, quantification et typologie qualitative

- **Alcool** : **CDA** (consommation déclarée d'alcool), **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), **DETA** (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), **FACE** (*Fast Alcohol Consumption Evaluation*).
- **Cannabis** : **CAST** (*Cannabis Abuse Screening Test*), selon la HAS (2014) [138].
- **Médicaments dépendogènes** :
  - **QAQ** (*Quantitative Analgesic Questionnaire*), décompte du dosage et du nombre de prises réelles d'antalgiques par le patient (par jour et semaine), ROBINSON-PAPP *et al.* (2015) [139].
  - **MQS** (*Medication Quantification Scale*, calcul intégrant la classe pharmaceutique des (co)-antalgiques, le dosage et l'indice de préjudice, conçu par MASTERS-STEEDMAN *et al.* (1992) [140], révisé (MQS-III) par HARDEN (2005) *et al.* [141], validé par GALLIZZI *et al.* (2008) [142].

Un profil DSM de pharmacodépendance est affichable, PERON, VICTORRI-VIGNEAU *et al.* (2014) [143].

Par une vision compréhensive et motivationnelle, il convient d'aborder le sens de la trajectoire de consommation dans l'histoire du sujet : dynamique familiale et contexte socioculturel, initiation par entraînement, recherche de sensations, quête de plaisir, activité récréative, rite de passage, ordalie, **finalité auto-thérapeutique** : antalgique, anxiolytique, ou hypnotique, COTTENCIN *et al.* (2007) [144].

- **L'addictovigilance** :

Selon l'**ANSM** (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), il s'agit de « *la surveillance des cas d'abus et de dépendance liés à la prise de toute substance ayant un effet psychoactif, qu'elle soit médicamenteuse ou non, à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac* ». Elle repose sur l'action du réseau des CEIP (Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacovigilance) [145].

GERARDIN *et al.* (2016) rapporte que le **CEIP-Addictovigilance** a reçu 108 notifications, pour 433 patients admis au CETD de Nantes sur 2 ans (162 substances : antalgiques 46%, benzodiazépines 34%), avec des signes de sevrage 79%, essais infructueux d'arrêt 78%, tolérance 71%, et doses / durées excessives 61%. Il s'agissait de pharmacodépendance à visée antalgique, parfois compulsive, mais sans addiction [146].

- **L'abus d'antalgiques en cas de DCNC (douleurs chroniques non cancéreuses) :**

1) Au niveau mondial :

**Le DSM-IV sépare 3 types de mésusage :** usage à risque, usage nocif et usage avec dépendance (abus). Dans le DSM-5, il s'agit d'un continuum (avec 3 stades) : « *mode d'utilisation inadéquat d'une substance, conduisant à l'altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative* », avec au moins 2 critères pendant 1 an : incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, l'école, ou la maison), utilisation répétée alors que cela peut être dangereux, problèmes interpersonnels ou sociaux exacerbés par les effets de la substance (le notion de problème judiciaire du DSM-IV a été ôtée) [36].

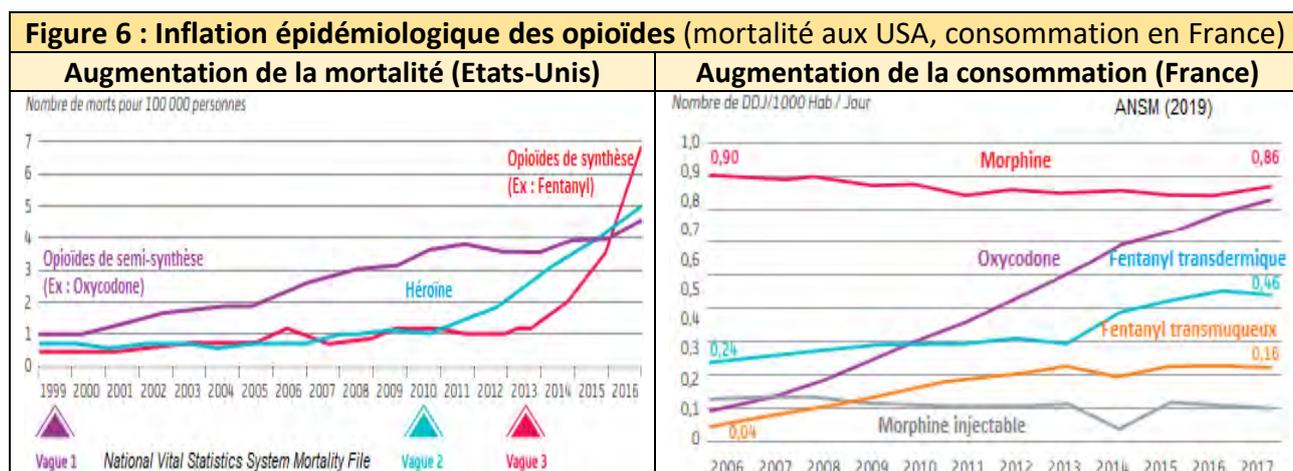
**Les taux de consommations abusives d'opioïdes** se répartissent ainsi : mésusage 21-29%, addiction 8-12%, abus d'opioïdes très rare, revue systématique de VOWLES *et al.* (2015) intégrant 38 études [147].

**L'incidence des abus et de la dépendance iatrogène aux opioïdes** a été estimée à 4,7%, avec 18% de la variance expliquée par la durée d'exposition, méta-analyse (n=310 408) de HIGGINS *et al.* (2018) [148].

**Les prédicteurs de l'abus d'opioïdes** ont été analysés pour stratifier le risque : âge < 24 ans, prescriptions d'opioïdes > 12, précocité, suivi psychiatrique, autres abus, ESPT et EDM ; SEHGAL *et al.* (2012) [149].

**Le mésusage de prégabaline** est lié à : l'auto-traitement antalgique, l'obtention d'un effet psychoactif, l'évitement du syndrome de sevrage aux opioïdes ; entretiens menés par BUTTRAM *et al.* (2020) [150].

**Acupuncture, mindfulness (méditation pleine conscience), TCC (thérapie cognitivo-comportementale)** réduisaient le mésusage d'opioïdes, dans la méta-analyse (n=278) d'ECCESTON *et al.* (2017) [151].



2) A l'échelon national :

**Les notifications d'intoxications aux opioïdes ont doublé** à 9‰ en 10 ans, selon l'ANSM (2019) [152].

**La prescription d'opioïdes s'est accrue** entre 2004 et 2017 (codéine +150%, tramadol +123%, opium +244%, morphiniques +104% : +88% pour les DCNC, +1180% pour l'oxycodone). L'élévation de la consommation d'opioïdes forts est associée à une hausse de mortalité (HR 2,8, IC95% 1,2 ; 6,4) s'accroissant de 1,3 à **3,2 décès / million** ; vaste étude (n=700 000) de CHENAF *et al.* (2019) [153].

**Le mésusage d'opioïdes** (≥ 2 critères du DSM-5) atteignait **77%** des patients, avec au moins 6 critères chez 52%, posant l'indication de consulter l'addictologue ; enquête (n=52) de EIDEN *et al.* (2019) [154].

**La pharmacodépendance est perçue différemment par médecins et patients :** non concordance (31%) lié au surdiagnostic médical (72%) ; étude prospective (n=128) de VICTORRI-VIGNEAU *et al.* (2012) [155].

**L'abus de tramadol** a été étudié via la pharmacoépidémiologie, concluant ainsi à l'importance de croiser les données (notifications au CEIP, enquêtes, indicateurs d'usage détourné) ; ROUSSIN *et al.* (2015) [156].

**Un surdosage en codéine** existe chez 31% des consommateurs réguliers, 38% souhaitant arrêter ; enquête (n=222) *Une décennie d'antalgiques en France*, GUERLAIS, VICTORRI-VIGNEAU *et al.* (2018) [157].

**Le sevrage en opioïdes forts en Rhumatologie est bénéfique** : forte satisfaction à 6 mois (71%), baisse de l'EN douleur (32%), qualité de vie améliorée (35%) ; enquête (n=83) de KHETTA *et al.* (2017) [158].

**Les recommandations du consensus SFETD** stipulent que « *les opioïdes forts ne sont pas recommandés dans la fibromyalgie* », l'efficacité est modérée sur les DCNC, les opioïdes forts ne devraient pas être prescrits plus de 3 mois sans amélioration clinique, la dose quotidienne ne devrait pas dépasser 150 mg d'équivalent morphine, le mésusage doit être évalué, il faut privilégier les formes à libération prolongée, le fentanyl transmuqueux est à proscrire ; selon la revue systématique de MOISSET *et al.* (2016) [159].

## 2) Place de l'addiction dans la fibromyalgie : résultats des études spécifiques à la FM

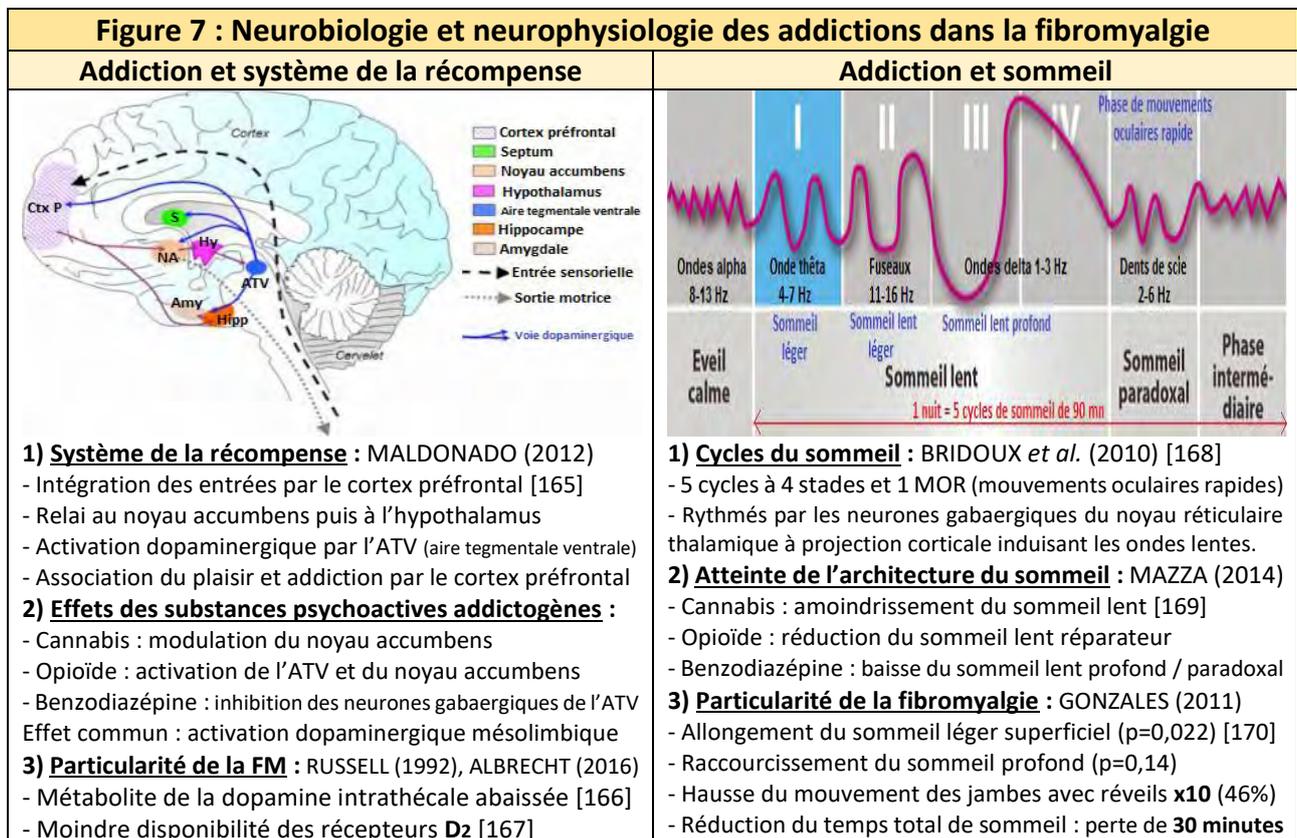
**L'usage de cannabis agit sur le soulagement des symptômes et la qualité de vie** : réduction de l'EVA douleur et de la raideur (p<0,001) mais ce bénéfice est grevé de somnolence ; hausse de la composante santé mentale du SF-36 (p<0,05) mais sans effet sur le FIQ et la qualité du sommeil, FIZ *et al.* (2011) [160].

**L'usage des opioïdes concernait 32% des patients en centre antidouleur de niveau 3** (n=457), avec 3 associations principales : faible niveau d'éducation, chômage, invalidité ; FITZCHARLES *et al.* (2011) [161].

**Les opioïdes sont inefficaces**, les facteurs associés à l'usage sont : femme, habitat, traits psychologiques, opioïdes (antériorité/abus), habitude du praticien ; revue systématique, GOLDENBERG *et al.* (2016) [162].

**Les opioïdes perturbent le sommeil** : hausse du temps en stade 2 et baisse du sommeil à ondes lentes, surcroît du temps d'endormissement, modification de l'architecture du sommeil (élévation du sommeil léger, moindre efficacité du sommeil) ; examen polysomnographique (n=193), CURTIS *et al.* (2019) [163].

**L'impact de l'intensité de la douleur est corrélé avec l'usage des opioïdes** (p=0,011), le prédicteur de la sévérité de la douleur était le sommeil ; analyse par régression univariée de MENZIES *et al.* (2016) [164].



## 1.4. Stratégies thérapeutiques et approche multiaxiale

### 1.4.1. Prise en charge multiaxiale

#### A) Généralité sur les stratégies thérapeutiques :

**Neuf recommandations EULAR** fondées sur des preuves EBM (*Evidence Based Medicine*) ont été émises après analyse de 146 études de qualité : **Niveau IV** (évaluation comprehensive de la douleur et du contexte psychosocial, reconnaissance de la FM comme une affection hétérogène complexe, traitement par approche multidisciplinaire pharmacologique et non médicamenteuse, les TCC peuvent être bénéfiques, paracétamol et opioïdes faibles sont à encourager, les corticostéroïdes et opioïdes forts ne sont pas recommandés), **niveau IIa** (la balnéothérapie est efficace), **niveau IIb** (programmes d'exercices aérobies et réentraînement à l'effort sont bénéfiques ; relaxation, kinésithérapie et soutien psychosocial peuvent être utilisés ; tropisétron, pramipexole et prégabaline sont recommandés), **niveau Ib** (le tramadol est recommandé, les antidépresseurs améliorant fonction et douleur sont recommandés : amitriptyline, fluoxétine, milnacipran, moclobémide, pirindole), CARVILLE *et al.* (2007) [171].

**L'efficacité significative du traitement multidisciplinaire** a été montrée : réduction de la douleur (-37%), fatigue (-85%), dépression (-67%) et mauvaise qualité de vie (-59%) ; meilleure forme physique (+30%) ; mais sans preuve d'efficacité sur le long terme, méta-analyse (n=1119) de HÄUSER *et al.* (2009) [172].

**L'efficacité des interventions** a été résumée par la revue systématique (n=14 982) de NUESCH *et al.* (2012) : les IRSNA (Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) et la prégabaline ont une efficacité significative, mais sans pertinence clinique. Une efficacité faible mais supérieure au placebo existe pour les thérapies multiaxiales, les exercices aérobies et les TCC [173].

**Les prédicteurs de résultats cliniques positifs** après un programme multidisciplinaire de 5 jours ont été les suivants : âge jeune, haut niveau d'éducation, moins de *tender points* et d'affects dépressifs, absence d'abus sexuel ; alors que le niveau d'emploi n'avait pas d'effet, étude (n=536) de OH *et al.* (2012) [174].

**L'efficacité d'un programme multidisciplinaire sur 1 semaine** a été testée par essai contrôlé randomisé, montrant l'amélioration de la qualité de vie, comparé au centre antidouleur, MARTINS *et al.* (2014) [175].

**Des prédicteurs d'efficacité du traitement multidisciplinaire** ont été identifiés : l'inefficacité est prédite par la dépression et le fatalisme. L'efficacité est prédite par le coping adaptatif et le moindre nombre de *tender points*. Niveau d'étude et d'emploi ne sont pas prédictifs, revue de De ROOIJ *et al.* (2013) [176].

**Les messages-clés de la prise en charge** ont été synthétisés par HÄUSER *et al.* (2017) : nécessité d'un examen complet avec un bilan biologique, la prescription de radiographies dépend des « *drapeaux rouges* », une prise en charge optimale devrait reposer sur l'éducation des patients avec des supports écrits, avec approche graduelle visant la qualité de vie et participation active des patients à un style de vie sain (exercices aérobie et réentraînement à l'effort), les TCC sont à proposer en cas de troubles de l'humeur ou de stratégies de coping inadéquates, les médicaments sont à réserver aux douleurs sévères (duloxétine, prégabaline, tramadol) et aux troubles du sommeil (amitriptyline, *cyclobenzaprine*, prégabaline). Des programmes multimodaux sont à considérer en cas de douleurs invalidantes [177].

**Les recommandations EULAR ont été révisées** via la méta-analyse (2979 études) de MACFARLANE *et al.* (2017) : la recommandation prouvée la plus forte est la pratique d'exercices. Il est préconisé une approche graduelle en 4 étapes avec décision partagée : 1) éducation et approche non médicamenteuse, 2) psychothérapies, 3) pharmacothérapie, 4) programme de réhabilitation multimodale [178].

## B) Spécificités de chaque dimension de la prise en charge multiaxiale de la fibromyalgie

### 1) Axe médico-chirurgical et pharmacologique :

#### - Intérêt de l'arsenal médicamenteux :

**La co-prescription de tramadol améliore l'EVA douleur et la qualité de vie (FIQ) sans effets adverses**, mais n'améliore ni la dépression ni la qualité du sommeil ; revue (n=459) de Da ROCHA *et al.* (2020) [179].

**La prégabaline est bénéfique** sur la douleur (> 50%), le sommeil et la qualité de vie, mais avec des effets secondaires : somnolence et vertige ; méta-analyse (n=2754) de STRAUBE *et al.* (2010) [180].

**La duloxétine soulage la douleur à 50%** (RR 1,5 ; IC95% 1,3 à 1,7) au prix de nausée, dans la méta-analyse (n=2642) de LIAN *et al.* (2019) [181], elle améliore FIQ et SF-36, essai contrôlé, ARNOLD *et al.* (2012) [181].

**Le milnacipran améliore la douleur et les symptômes fibromyalgiques** à type de fatigue, troubles cognitifs, affects dépressifs, mais peut provoquer céphalée, nausée, suicide, ORMSETH *et al.* (2010) [182].

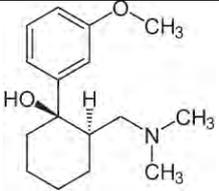
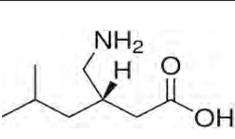
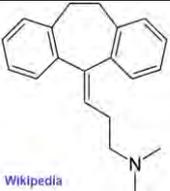
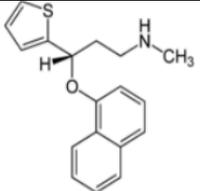
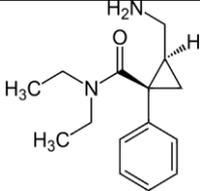
**La venlafaxine améliore l'EVA douleur (-36 à 45%), le QDSA (-48%) et le FIQ (-26 à 29%)**, dans une revue incluant 5 études (n=102) : des essais contrôlés plus larges sont requis, VANDERWEIDE *et al.* (2015) [183].

**La pharmacothérapie combinée réduit la douleur** comparée à la monothérapie, dans 3 essais cliniques parmi 16 : amitriptyline/mélatonine (ou fluoxétine), prégabaline/duloxétine, THORPE *et al.* (2018) [184].

**Plusieurs pistes de recherches prometteuses existent** : modulateurs de récepteurs NMDA (NYX-2925), antagonistes 5-HT<sub>2</sub> (cyclobenzaprine), agonistes dopaminergiques (pramipexole), antagonistes opioïdes (naltrexone), gabapentinoïdes (lacosamide), cannabinoïdes (nabilone), TZADOC *et al.* (2020) [185].

**Quatre médicaments donnent satisfaction** : ≥ 43% (n=1700), mais consultations = 20/an, arrêt = 28 j/an, pas de différence entre prégabaline, duloxétine, milnacipran, tricyclique, ROBINSON *et al.* (2013) [186].

**Les (co)-antalgiques ne sont pas obligatoires** (absence de gold standard), avec prégabaline, duloxétine, milnacipran, amitriptyline en 1<sup>ère</sup> ligne (bénéfice modeste, risque à mesurer), HAUSER *et al.* (2014) [187].

<b>Tramadol</b>	<b>Prégabaline</b>	<b>Amitriptyline</b>	<b>Duloxétine</b>	<b>Milnacipran</b>
<b>Analgésique central opioïde faible :</b> Agoniste partiel des récepteurs $\mu$ , effet libérateur de sérotonine, inhibiteur de la recapture de la noradrénaline	<b>Anti-épileptique gabapentinoïde :</b> Inhibiteur des canaux calciques voltage-dépendants pré-synaptiques	<b>ADT :</b> Anti-dépresseur tricyclique, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	<b>IRSNA :</b> Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	<b>IRSNA :</b> Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
				
<b>INDICATION</b> Douleurs modérées à sévères <b>INTERET dans la FM</b> Améliore la qualité de vie <b>EFFETS ADVERSES</b> Céphalées, nausées, risque d'addiction	<b>INDICATION</b> Douleurs neuropathiques <b>INTERET dans la FM</b> Améliore sommeil et qualité de vie <b>EFFETS ADVERSES</b> Somnolence, vertige, étourdissement	<b>INDICATION</b> Migraine, douleurs neuropathiques, céphalée de tension <b>INTERET dans la FM</b> Améliore sommeil et fonction <b>EFFETS ADVERSES</b> Somnolence, nausées, hypotension	<b>INDICATION</b> Douleurs neuropathiques diabétiques <b>INTERET dans la FM</b> Améliore l'anxiété et la qualité de vie <b>EFFETS ADVERSES</b> Céphalée, nausées, somnolence	<b>INDICATION</b> Pas d'AMM pour les douleurs <b>INTERET dans la FM</b> Améliore sommeil, dépression et troubles cognitifs <b>EFFETS ADVERSES</b> Céphalée, tachycardie, suicide

### - Limites de l'approche pharmacologique :

**L'hyperpathie morphino-induite** provoque de vives douleurs (5 à 25%), d'apparition précoce, dès les faibles doses, avec chronicisation (49%) aggravant la FM ; BERTHELOT, NIZARD, MAUGARS (2018) [188].

**Les opioïdes sont prescrits malgré risques et inefficacité :** 27% de FM sous opioïdes, liés à la durée des douleurs, l'âge, l'invalidité et le catastrophisme ; étude transversale (n=698) de BRUCE *et al.* (2020) [189].

**L'addiction a été évaluée (CETD de Nantes) :** tramadol 62%, opioïde fort 51%, addiction 77% (½ sévère), signes de tolérance 62%, sevrage 55% (dose moyenne d'équi-analgésie 88 mg/j), EIDEN *et al.* (2017) [190].

**Les antalgiques sont réservés en dernière intention :** « l'activité physique est préconisée en 1<sup>ère</sup> ligne, suivie des TCC et d'une prise en charge multidisciplinaire. Les traitements médicamenteux interviennent en dernière ligne, avec une efficacité partielle chez une minorité de patients », CLERE *et al.* (2019) [191].

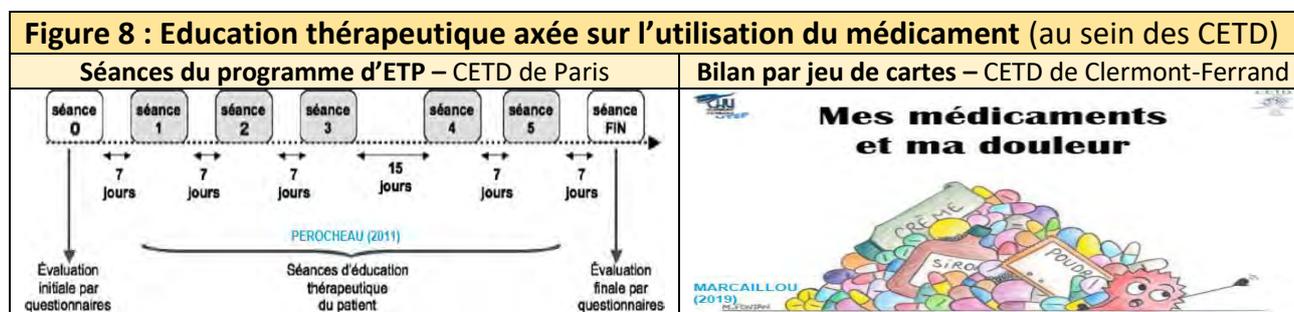
### - Place de l'ETP (Education thérapeutique) :

**L'éducation thérapeutique est un « processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle comprend les activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et accompagnement psychosocial qui concernent la maladie, le traitement prescrit ... Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie, le traitement... à maintenir et améliorer la qualité de vie »,** OMS (1998) [192].

**L'éducation thérapeutique réduit l'intensité de la douleur, le catastrophisme et l'anxiété** dans la FM, revue systématique n'ayant pu retenir que 12 études de qualité, GARCIA-RIOS *et al.* (2019) [193].

**Les déterminants de la non-adhésion aux médicaments** sont la discordance patient-médecin, l'absence de suivi rhumatologique, la faible sévérité de la FM et le coping instrumental, SEWITCH *et al.* (2004) [194].

**Après diagnostic éducatif, un programme pédagogique multidisciplinaire** a été conçu au CETD de Paris : 5 séances groupales (3h/semaine), processus de changement des capacités d'auto-soins (médicaments, activités) et d'auto-adaptation (gestion des émotions, prise de décision), PEROCHEAU *et al.* (2011) [195]. Des cartes de bilan éducatif ont été conçues pour aborder le traitement, MARCAILLOU *et al.* (2019) [196].



### - Place de l'électrothérapie et de la neuromodulation :

**Le TENS semble efficace (neurostimulation électrique transcutanée) :** 30% de soulagement > 30% Versus exercices seuls, baisse significative de l'EVA à -2,3 cm ; baisse de l'EVA de 8,5 à 4,3 cm après 14 jours de TENS double site (6,0 cm en monosite) ; amélioration du FIQ à 3 mois, JOHNSON *et al.* (2017) [197].

**La rTMS réduit les douleurs réfractaires (stimulation magnétique transcrânienne répétitive)** par hausse non invasive de l'excitabilité du cortex moteur somatotopique, SICHERE, NIZARD *et al.* (2011) [198].

**La neurostimulation occipitale implantable** active cortex préfrontal dorsolatéral et cingulaire antérieur : chute des douleurs (31%), baisse du FIQ (26%), meilleure qualité de vie (60%), AHMED *et al.* (2018) [199].

### - Place d'une approche médicamenteuse, adossée à une vision globale intégrative :

**Adopter une approche holistique** est un défi susceptible d'améliorer les guidelines, afin de favoriser l'accès à des thérapies efficaces non exclusivement pharmacologiques, ARNOLD *et al.* (2017) [200].

## 2) Axe fonctionnel :

### - De l'intérêt de l'exercice physique :

« **Seul l'exercice physique a montré une efficacité significative** », comme le souligne BOUREE *et al.* (2018), dans « *Fibromyalgie : prescrivez le sport !* » [201], postulant que la mise en place d'APA (Activité physique adaptée) renforce l'autonomie et évite le nomadisme médical qui aggrave les symptômes.

**Le fitness aérobic permet des progrès (> 15%)** : soulagement, bien-être, endurance, auto-efficacité, qualité de vie, capacité cardiaque ; méta-analyse de 13 essais randomisés, BROSSEAU *et al.* (2008) [202].

« **L'activité physique peut agir en s'opposant à la spirale du déconditionnement à l'effort, en augmentant la sécrétion d'endorphines... et en favorisant l'intégration psychosociale** », d'après LECOCQ (2014) [203].

**L'activité physique usuelle auto-choisie abaisse le déficit fonctionnel perçu** dans la FM ( $p=0,032$ ), ainsi que la douleur ( $p=0,006$ ) ; essai randomisé pendant 3 mois ( $n=46/38$ ), FONTAINE *et al.* (2010) [204].

**L'activité physique est efficace** : l'exercice musculaire ou la marche pendant 7 mois réduit l'EVA douleur, divise la prise de médicaments par 2, améliore le FIQ ; essai randomisé ( $n=90$ ) de KAYO *et al.* (2012) [205].

**Les exercices de résistances musculaires élèvent force et acceptabilité de la douleur** ( $p=0,01$  et  $p=0,04$ ). Ils réduisent la douleur ( $p=0,03$ ) et l'incapacité fonctionnelle ( $p=0,005$ ), selon LARSSON *et al.* (2015) [206].

**La marche nordique améliore mieux les capacités fonctionnelles** que la marche à faible intensité : effets sur le test de marche en 6 minutes, le pouls et le FIQ Physique, MANNERKORPI *et al.* (2010) [207].

**Les exergames (fitness avec jeu vidéo) améliorent la qualité de vie** et les dimensions douleur, raideur et anxiété du FIQ ( $p<0,05$ ), avec un haut degré de compliance (98%), COLLADO-MATEO *et al.* (2017) [208].

**Les capacités physiques sont un des principaux déterminants de la qualité de vie**, avec le sentiment d'auto-efficacité et l'absence d'affect anxio-dépressif, dans la modélisation de LEE *et al.* (2017) [209].

### - De l'importance des apprentissages fonctionnels :

**La participation aux sessions dépend du niveau d'informations** : il garantit l'adhésion aux programmes d'exercice (73 à 87%) ; méta-analyse ( $n=983$ ) de 19 essais contrôlés, SANZ-BANOS *et al.* (2017) [210].

**La kinésiophobie réduit le bénéfice de l'éducation neurophysiologique** sur la baisse du catastrophisme, MALFLIET *et al.* (2017) [211]. La kinésiophobie est liée à la stratégie d'évitement, INAL *et al.* (2020) [212].

**La place du kinésithérapeute en CETD est cruciale** : élaboration d'objectifs, rééducation, lutte contre les croyances inadaptées, massage antalgique, théromothérapie, apprentissage du TENS (*gate control / courant endorphinique*<sup>4</sup>) et auto-exercices, conseils en ergonomie, JADAUD, NIZARD *et al.* (2003) [213].

### - De l'apport majeur des programmes de réhabilitation multidisciplinaires :

**Le rôle du médecin de MPR au CETD est central** : bilan algo-fonctionnel, repérage du déconditionnement, vision complémentaire avec filière de soins à culture commune, LANOISELEE, NIZARD *et al.* (2003) [214].

**L'entraînement physique via un programme multidisciplinaire favorise la réhabilitation musculaire** qui prévient déconditionnement, évitement et le « *cercle vicieux de la douleur* », MAQUET *et al.* (2007) [215].

---

<sup>4</sup> **Gate control** : Impulsions homotopiques 30-100 Hz stimulant les fibres A $\alpha$  et A $\beta$  qui inhibent le message douloureux  
**Courant endorphinique** : Bursts hétérotopiques (hors zone douloureuse) 2-5 Hz stimulant la sécrétion d'endorphines  
**MPR** : Médecine physique et réadaptation

**Le programme multidisciplinaire améliore l'activité, la capacité fonctionnelle et la régularité :** progression (n=72/29) du test de marche en 6 min (gain significatif de 35 m), SALVAT *et al.* (2017) [216].

**Un programme d'entraînement physique de 24 semaines réduit la douleur et l'impact de la maladie :** il augmente les capacités fonctionnelles, dans l'essai contrôlé (n=42/30) de LATORRE *et al.* (2013) [217].

### 3) Axe psychocorporel :

**La méditation pleine conscience est une technique de thérapie cognitive** fondée sur la conscience sensorielle non réactive : acceptation et accueil des perceptions, avec focus attentif sur l'instant présent. La *mindfulness* améliore catastrophisme, humeur, stress. Elle atténue la douleur des FM par suspension du jugement, régulation émotionnelle et surcroît de flexibilité, ADLER-NEAL *et al.* (2017) [218]. Un essai randomisé (n=74/74) montre l'amélioration ( $p < 0,001$ ) de douleur et FIQ, Van GORDON *et al.* (2017) [219].

**Le rapport coût-utilité de la mindfulness est réduit**, comparativement au traitement multimodal usuel de la FM ( $p < 0,05$ ) : baisse du coût annuel (-1024 €), essai randomisé, PEREZ ARANDA *et al.* (2019) [220].

**Les mouvements méditatifs (Qi Gong, Tai Chi, Yoga) réduisent insomnie, fatigue et dépression** (mais pas la douleur), dans la méta-analyse de 7 essais randomisés (n=362), LANGHORST *et al.* (2013) [221].

**La médecine chinoise (acupuncture, électro-acupuncture, moxibustion) améliore la qualité de vie** (vitalité et santé mentale, SF-36), mais serait sans effet sur la douleur (n=30), DIAS *et al.* (2016) [222].

**L'acupuncture s'avère efficace** : douleur réduite en post-traitement ( $p = 0,04$ ), mais fatigue et sommeil inchangés. L'effet disparaît au suivi à 7 mois, méta-analyse (n=385), LANGHORST *et al.* (2010) [223].

**L'acupuncture est meilleure que le placebo (sham)**, pour soulager la douleur et améliorer la qualité de vie ( $p = 0,002$ ), dans une méta-analyse de 12 essais contrôlés randomisés, YANG *et al.* (2020) [224].

**L'hypnothérapie réduit la douleur** ( $p = 0,03$ ), mais n'améliore pas la qualité de vie ( $p = 0,29$ ), dans la revue systématique avec méta-analyse (n=239) de 6 essais contrôlés randomisés, BERNARDY *et al.* (2011) [225].

**Le psychiatre devrait être associé au traitement de la douleur**, afin d'accompagner la singularité des situations de peur réactionnelles à douleur et désinsertion, AIRAGNES, TRIPODI et PETIT (2014) [226].

**Les TCC diminuent significativement l'EN douleur (-0,6), l'EN humeur négative (-1,3), ainsi que l'EN invalidité (-1,3) ;** méta-analyse (n=2031) de 24 essais contrôlés, BERNARDY *et al.* (2013) [227].

### 4) Axe socioprofessionnel :

**Les thérapies stratégiques sont utiles au CETD** : centrage sensori-émotionnel générant de l'activité, adaptation cognitive, via projet social et activités socialisantes, ARTAGNAN, NIZARD *et al.* (2003) [228].

**La réhabilitation professionnelle repose sur la compréhension de la vie professionnelle du patient** : alliance thérapeutique vers un processus de changement, restructuration cognitive (renforcement de l'auto-efficacité, disqualification des pensées dysfonctionnelles sur le travail, dialogue immédiat avec les parties prenantes du collectif de travail) ; analyse narrative (n=29 cliniciens), EFTEDAL *et al.* (2017) [229].

**La place du médecin du travail au CETD** : « *l'abord socio-professionnel des douloureux chroniques est prioritaire* », « *Chaque fois que possible, il faudra encourager le maintien dans l'emploi... donner un avis sur les stratégies de réinsertion... vers une dynamique de reconstruction* », CHATELIER, NIZARD *et al.* (2003) [230].

## 1.4.2. Propositions du référentiel français HAS et recommandations européennes EULAR

### 1) Propositions du référentiel français : HAS (2010) [21]

- **Reconnaître la souffrance physique et morale des patients :**
  - **Ecouter la plainte** : reconstituer l'historique, examiner et évaluer le bien-être psychologique, donner des conseils pour le maintien de l'activité et la tenue d'un journal ou carnet de bord.
  - **Réévaluer la situation** : identifier le besoin de recours à un avis spécialisé, ou à une éventuelle prescription d'examen complémentaire et de médicaments.
- **Evoquer le diagnostic de syndrome fibromyalgique :**
  - **Analyser le carnet de bord et l'effet des mesures mises en œuvre** : identifier une dépression avérée et orienter vers le psychiatre, admettre la réalité du syndrome après élimination des autres affections avec syndrome douloureux chronique.
  - **Délivrer une information objective** : impossibilité fréquente de faire disparaître les symptômes, favoriser la reprise d'activité (vie quotidienne et travail), hiérarchiser avec le patient les symptômes à soulager et s'engager mutuellement dans le choix du traitement.
- **Grader la prise en charge en fonction des symptômes :**
  - **Choix du niveau de prise en charge** : selon le retentissement des symptômes (FIQ) ou l'insuffisance d'effets bénéfiques d'une précédente prise en charge.
  - **1<sup>er</sup> niveau d'intervention** : individualiser le plan de traitement (exercices, éducation, psychothérapie), hiérarchiser les symptômes à soulager, envisager une réponse non médicamenteuse, prescrire le médicament efficace le mieux toléré, planifier un suivi régulier.
  - **2<sup>nd</sup> niveau d'intervention** : intervention pluriprofessionnelle (ambulatoire ou en structure)
    - **Indication** : limitation sévère des activités, douleurs rebelles après 4 mois de traitement.
    - **Principe** : réévaluer l'utilité du traitement à 6 et 12 mois.
    - **Options** : exercices de réadaptation physique, éducation (techniques antalgiques, fractionnement des activités, communication, résolution de problème), intervention de soutien (projet personnalisé de reprise ou de maintien des activités, motivation post-traitement), lien avec la Médecine préventive pour adapter le poste de travail.
    - **En 2<sup>nd</sup>e intention** : boue thermale chaude, TENS post-période d'essai (location : 6 mois).

### 2) Recommandations européennes : EULAR (2017) [178]

- **Niveau de preuve IV :**
  - **Le diagnostic devrait être rapide** : il nécessite une compréhension de la douleur, de la fonction et du contexte psychosocial. La FM devrait être reconnue comme une affection complexe et hétérogène. La prise en charge devrait être graduelle.
  - **L'objectif devrait être l'amélioration de la qualité de vie** : la prise en charge requiert une démarche multidisciplinaire combinant approche non médicamenteuse et pharmacologique selon l'intensité de la douleur, la fonction, la dépression, la fatigue et les troubles du sommeil, ainsi que les préférences du patient et les comorbidités, via une prise de décision partagée. Le traitement initial devrait être focalisé sur une thérapie non pharmacologique.
- **Niveau de preuve la :**
  - **Prise en charge non médicamenteuse** : les exercices aérobies et de renforcement musculaire, les TCC, les thérapies multimodales, l'acupuncture et l'hydrothérapie, les mouvements méditatifs et la réduction du stress basée sur la méditation pleine conscience.
  - **Prise en charge pharmacologique** : amitriptyline à faible dose, duloxétine, milnacipran, tramadol (niveau de preuve Ib), prégabaline, *cyclobenzaprine*.

### 1.4.3. Centres antidouleurs et centres de rééducation fonctionnelle

#### 1) Les CETD : Centres d'évaluation et de traitement de la douleur

**Les structures de lutte contre la douleur ont été organisées en 3 niveaux** : niveau I (Consultations pluridisciplinaires, avec algologue, psychiatre et neurologue), niveau II (Unité avec lits d'hospitalisation et plateau technique), niveau III (CETD, avec activité clinique et enseignement/recherche), selon la DGS (Direction générale de la santé), 1998 [231]. Depuis 2016, le Ministère de la santé a retenu 2 critères supplémentaires pour les centres : « *coordination d'enseignement universitaire en douleur et/ou la production de publications référencées dans PubMed... Ils sont destinés à garantir l'existence d'une réelle plus-value des centres pour les prises en charges les plus complexes* », DGOS (Direction générale de l'offre de soins) [232]. Il existe 245 structures (96 centres ; délai d'attente de 13 semaines), SFETD (2017) [233].

**Le CETD de Nantes est une structure de lutte contre la douleur chronique rebelle**, labellisée par l'ARS (Agence régionale de la santé) depuis 1998 (originellement classé de niveau III, il existe 2 niveaux depuis 2016 : consultations et centres). Ce CETD est l'une des 5 composantes du Centre fédératif douleurs, soins de support, éthique clinique (1 unité de soins palliatif, 2 équipes mobiles, 1 consultation d'éthique). Le CETD comporte 7 à 8 lits d'hospitalisation de semaine, 1 lit d'hôpital de jour, des salles de consultations, un plateau technique et un bloc de neurochirurgie. L'équipe pluridisciplinaire comporte une douzaine de médecins dont 9 algologues (avec des valences en rhumatologie, acupuncture, ostéopathie, hypnothérapie, rTMS, algies pelviennes, douleurs pédiatriques), 1 neurochirurgien, 1 psychiatre, 2 psychologues, 1 médecin du travail, 1 kinésithérapeute, 1 infirmière spécialisée dans les TENS [234].

#### 2) Les CRF : Centres de rééducation fonctionnelle

**Entre SSR et MPR** : comme le rappelle l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), les décrets du 17 avril 2008 ont mis fin à la distinction entre SSR (Soins de suites et de réadaptation) et CRF (Centre de rééducation fonctionnelle). Ces 2 structures relèvent de la MPR qui se décline en 3 champs selon l'impact du problème de santé : déficiences (motrice, cognitive), limitation d'activité (locomotion, interaction sociale), restriction de participation (insertion professionnelle, autonomie), IGAS (2011) [235].

**La rééducation fonctionnelle** est « *l'ensemble des méthodes de développement et de récupération du système locomoteur, visant à pallier une déficience motrice ou fonctionnelle* », KAMEN (1972) [236].

**La réadaptation** des personnes est « *un dispositif leur permettant d'atteindre et de garder leur niveau fonctionnel physique, sensoriel, intellectuel, psychologique et social... la réadaptation élargit la portée de la santé au-delà des soins préventifs et curatifs, afin de garantir que les personnes souffrant d'un problème de santé puissent rester aussi indépendantes que possible* », OMS (2007) [237]. Il existe 862 SSR [238]. Certains assurent la **PARP** (Préparation et accompagnement de la réinsertion professionnelle).

**Le CRF de Maubreuil** est un établissement de santé de 59 lits et 41 places. Il assure des soins de suites spécialisés : locomoteurs, neurologiques et ORL. L'équipe comprend des aides-soignantes (18 ETP), kinésithérapeutes (10 ETP), infirmières (9 ETP), ergothérapeutes (7 ETP), orthophonistes (4 ETP), 6 médecins, 2 neuropsychologues, 1 psychologue, 1 assistante sociale, 1 diététicienne et 1 coach d'APA. Le plateau technique est mutualisé avec celui de la Tourmaline, avec modules de kinésithérapie, salles de gymnastique et relaxation, ateliers d'ergothérapie, cuisine thérapeutique et espace balnéothérapie. La pré-admission peut avoir lieu par rencontre préalable entre médecin rééducateur et patients au CETD. La consultation d'admission au CRF permet d'anticiper les besoins et d'éditer un planning prévisionnel. Le projet thérapeutique est ajusté lors des staffs de synthèse et visites médicales hebdomadaires [239].

### 3) L'apport majeur de l'approche pluridisciplinaire :

**Le gain économique de la multidisciplinarité en centre antidouleur** est établi : l'ajout de psychothérapie au traitement médical amoindrit le coût post-traitement (-1116 \$/an), CIPHER *et al.* (2001) [240].

**L'efficacité de la multidisciplinarité sur la qualité de vie dans la FM** a été démontrée : meilleur FIQ (fatigue, raideur) et SF-36 (douleur, vitalité, fonction sociale), n=41/34, CARBONELL *et al.* (2011) [241].

**L'efficacité de la multidisciplinarité dans la FM sévère** a été objectivée : l'adjonction de 8 semaines d'exercices au programme médical améliore la vitalité, le fonctionnement social, la force de préhension et le test de marche des 6 minutes ; étude comparative (n=17/17), CASANUEVA *et al.* (2012) [242].

#### 1.4.4. Spécificités de la filière de soins CETD – CRF

##### 1) L'approche partenariale multidisciplinaire :

**La prise en charge au CETD** est généralement initiée via l'orientation émanant d'un médecin (généraliste ou spécialiste). La pré-admission comporte une consultation avec un algologue, puis avec un psychologue, en vue de contractualiser les objectifs de soins et d'adopter une stratégie thérapeutique concertée avec le patient : hospitalisation, si douleurs chroniques rebelles à risque de désinsertion. L'hospitalisation dure 1 semaine (2 semaines avant 2010). Le bilan d'admission permet de définir la conduite à tenir qui sera réajustée lors de l'examen d'évaluation à mi-séjour. L'entretien avec le médecin du CRF a lieu juste avant la réunion pluridisciplinaire à laquelle participent aussi : algologues, internes (en médecine générale et en médecine du travail), psychiatre, externes de pharmacie, psychologues, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, infirmières et aides-soignantes. Le bilan de sortie permet de faire le point sur la progression observée et le projet thérapeutique retenu.

**La prise en charge au CRF** vise le reconditionnement à l'effort dans la FM : lutte contre la kinésiophobie, renforcement musculaire, gain d'amplitude articulaire, réadaptation cardio-respiratoire. Elle contribue à moduler la perception des symptômes. Les activités physiques adaptées et l'apprentissage d'auto-exercices concourent à l'autonomisation, vers la reprise d'activité et la réinsertion professionnelle. L'hospitalisation se déroule sur 5 semaines. Le programme est explicité via une brochure au patient. L'abord kinésithérapique comporte massages antalgiques, stretching avec auto-étirements, balnéothérapie à effet décontracturant, développement de l'endurance (dans le respect de la douleur). L'ergothérapie comprend l'apprentissage de gestes et postures, avec mises en situation reflétant la vie quotidienne et les activités professionnelles. Des adaptations ergonomiques peuvent être proposées. Un espace d'écoute est mis en place par les aides-soignantes, infirmières, diététicienne et psychologues. La synthèse finale avec le médecin rééducateur effectue un bilan dans l'optique de pérenniser les acquis. Le suivi post-hospitalisation est assuré par les consultations avec les médecins référents du CRF et CETD.

##### 2) L'approche globale multiaxiale :

**La prise en charge n'est pas une pure « chimie biomédicale »**, mais au contraire une approche multidimensionnelle, adossée à une prise en charge globale intégrative interdisciplinaire et multiaxiale. **L'axe médical** comporte l'ajustement du traitement médicamenteux, associé à une séance d'éducation thérapeutique à la gestion de médicaments et de leurs alternatives, l'apprentissage du TENS, l'éventuel bilan paraclinique, parfois avec avis neurochirurgical et consultation sommeil en cas de comorbidités. **L'axe fonctionnel** comprend la kinésithérapie, la médecine manuelle ostéopathique, la rééducation. **L'axe psychocorporel** réunit l'intervention du psychiatre, psychologue, acupuncteur, hypnothérapeute. Une séance groupale d'art graphique et une initiation à la relaxation et à l'auto-hypnose sont proposées. **L'axe socioprofessionnel** inclut l'action de l'interne en Médecine du travail et du médecin de Pathologie professionnelle, avec parfois l'avis du médecin-conseil de la CPAM, pour faciliter le retour en activité.

### 1.4.5. Le maintien en activité professionnelle des travailleurs fibromyalgiques

#### 1) Principaux résultats des études anglo-américaines : dans l'ordre chronologique

**La pension d'invalidité concerne 27% des FM** (2% en population générale) : les prédictors sont la douleur et le célibat, avec 30% de FM invalidantes sans pension, (n=1604), WOLFE *et al.* (1995) [243].

**La FM est associée à une dégradation de l'activité** : clinophilie (58%), durée de travail réduite (66%), invalidité (31%), pension (26%) ; enquête comparative (n=100/135), WHITE *et al.* (1999) [244].

**Travailler serait lié à un meilleur état de santé** : EVA douleur, fatigue et nombre de zones douloureuses réduites, via un effet protecteur du travail, ou un effet travailleur sain (n=287), REISINE *et al.* (2003) [245].

**Un diagnostic récent de FM est lié à une perte d'emploi** : 60% d'activité rémunérée avant le diagnostic, 46% à 6 mois du diagnostic, 41% à 12 mois ; enquête sur 1 an (n= 94), BURCKHARDT *et al.* (2005) [246].

**Le maintien au travail concerne 34 à 77% des FM**, selon les tâches, la possibilité d'agir sur le travail (environnement physique et psychosocial) ; revue de la littérature, HENRIKSSON *et al.* (2007) [247].

**L'emploi préserverait durablement la santé dans la FM** : moindre fatigue (EVA -7,1), moindre perte de fonction (-0,2), moindre dépression (-0,3) ; suivi sur 4 ans (n=287), REISINE *et al.* (2008) [248].

**Les TMS concomitants à la FM sont associés à une plus grande détresse psychosociale**, avec un risque de non-retour au travail 9,6 fois plus élevé ; étude prospective (n=449), HOWARD (2010) [249].

**Les conditions de travail influent sur la santé** : l'emploi, les revenus et l'éducation sont liés à la rareté des symptômes, contrairement aux efforts physiques et mentaux. Le maintien au travail requiert aménagement (66%) ou changement d'emploi (33%) ; enquête (n=1702), RAKOVSKI *et al.* (2012) [250].

**L'invalidité (prévalence 31%) dépend de facteurs professionnels** : travail manuel/industriel. L'emploi est lié à l'activité bureautique/managériale (p=0,005) ; Canada, cohorte (n=248), FITZCHARLES *et al.* (2016) [251].

**La capacité de travail diminue à 5 ans du diagnostic** : travail stoppé (24%) ou restreint (33%), invalidité (35%), traitement majoré (24%) baissant la capacité (21%) ; Australie (n=287), GUYMER *et al.* (2016) [252].

**Le stéréotype** serait que « *le salarié est paresseux, simulateur, improductif* », mais le patient se décrit comme « *employé précieux qui n'a pas cédé à sa maladie* » ; Canada (n=22), OLDFIELD *et al.* (2017) [253].

**La capacité de travail dépend de la sévérité des symptômes**, l'invalidité est liée aux travaux physiques, la sauvegarde de l'emploi est liée au changement de carrière, temps partiel, acquisition de compétences, soutien des collègues et de la hiérarchie ; revue systématique (34 articles), PALSTAM *et al.* (2017) [254].

#### 2) Principaux résultats des études euro-asiatiques :

**La FM est associée à une faible tolérance au travail (80%)** : liée à une fatigue musculaire (91%), justifiant d'une pension d'invalidité (24%) ; étude transversale suédoise (n=55), BENGTSSON *et al.* (1986) [255].

**La FM suscite plus de symptômes**, si inactivité (OR 2,8 ; IC 1,7-4,7), stress au travail (OR 3,3 IC ; 1,9-5,6) et faible soutien (OR 2,8 ; IC 1,7-4,4) ; étude transversale suédoise (n=397), KRANTZ *et al.* (2000) [256].

**Le stress professionnel est lié à l'incidence** : FM après harcèlement (OR 4,1 ; IC 2,0-9,6), charge de travail (OR 2,1 ; 1,2-3,9), faible latitude décisionnelle (OR 2,1 ; 1,1-4,0), Finlande, n=2000, KIVIMÄKI *et al.* (2004) [257].

**Le maintien au travail implique « un combat constant »** : aimer la vie, prendre soin de soi, pensée positive, accepter les limites, apprentissage créatif ; Suède, groupe de parole, LOFGREN *et al.* (2006) [258].

**L'absence pour arrêt de travail** : 31 j/an si FM (16j/an si pas de FM), risque si FM seule (HR 1,9 ; IC<sub>95%</sub> 1,5-2,2) et avec comorbidité (HR 2,6 ; IC 2,3-2,9) ; étude prospective (n=644), KIVIMAKI *et al.* (2007) [259].

**La perte d'emploi consécutive à la maladie** concerne **47%** des FM (*Versus* 14% des patients témoins non rhumatologique) ; étude cas-témoins saoudienne (n=136/152) de AL-ALLAF (2007) [260].

**Les expériences sur la capacité à travailler mêlent 4 thèmes** : confusion, fluctuation des symptômes, être entre deux/au bord de l'épuisement ; Finlande, analyse narrative, n=20, SALLINEN *et al.* (2010) [261].

**Les caractéristiques d'un travail adapté** : possibilité de récupération, rythme de travail serein, charge de travail réduite, adéquation entre travail et capacités, compréhension des collègues, entraide, appui de la Direction et du manager ; analyse néerlandaise d'entretiens (n=74), BOSSEMA *et al.* (2011) [262].

**La FM des travailleurs du secteur textile a diverses particularités** : prévalence de 7% (3% en population générale), associée à l'âge, le sexe et les revenus ; étude turque (n=655), COBANKARA *et al.* (2011) [263].

**Le travail améliore la santé si FM** : FIQ douleur (p<0,001), FIQ fatigue (p=0,006), FIQ raideur (p=0,009), HAD dépression (p=0,007), SF-36 (p<0,001) ; Suède (n=129), PALSTAM *et al.* (2012) [264].

**Les entraves à la poursuite du travail sont** : capacité physique limitée, stress, besoin de repos, demande psychosociale et organisationnelle ; étude qualitative suédoise (n=27), MANNERKORPI *et al.* (2012) [265].

**Les symptômes dépendent de données socioprofessionnelles** : statut marital (p<0,01), éducation (p=0,02), soutien social (collègue/hiérarchie, p<0,01) ; Suède (n=362), LIEDBERG *et al.* (2014) [266].

**Le rapport maladie/travail est structuré** : réponse aux exigences du travail, besoin de soutien social, stratégie d'emploi pérenne, résistance à quitter l'emploi ; étude qualitative, BRIONES *et al.* (2015) [267].

**La constatation de l'impossibilité de travailler comme avant** génère sentiment de perte et peur de la future situation professionnelle ; approche herméneutique suédoise (n=15), JUUSO *et al.* (2016) [268].

### **3) Principaux résultats des études françaises sur la FM et le maintien en activité professionnelle :**

**La désinsertion est évitable via les recommandations du médecin agréé, dans la fonction publique** : arrêt de travail uniquement si prise en charge réelle, éviter les congés longue maladie/durée, encourager la reprise sur un poste adapté, travail en réseau, taux d'invalidité possible jusqu'à 30%, imputabilité au service non retenue ; étude de consensus (méthode Delphi), SYSTCHENKO *et al.* (2007) [269].

**Résultats de la plus grande étude française** : activité professionnelle 65% (plein temps 33%, partiel 28%, sans emploi 28%), indemnités (invalidité 31%, chômage 27%, RSA 14%), arrêt de travail depuis 1 an (65%) ; femmes (93%), couple (69%), avec enfants (80%) ; délai diagnostic > 1 an (82%) par rhumatologue (54%), traitement médicamenteux régulier (77%), comorbidités (arthrose 49%, dysthyroïdie 22%, GS 5%, PR 4%, SAA 4%) ; troubles cognitifs 62%, anxiété 52%, dépression 48%, bipolarité 5%, sentiment d'injustice 77%), facteurs aggravants (surmenage 94%, conflits 90%, traumatismes 84%, déplacements 80%, climat 80%, travail 63%, examens médicaux 53%, médicaments 20%), praticiens (généraliste 85%, kinésithérapeute 63%, rhumatologue 54%, ostéopathe 41%, sophrologue 22%, acupuncteur 21%, homéopathe 19%, algologue 10%) ; enquête *SOS Fibromyalgie* (n=4516), GUERIN *et al.* (2016) [270].

**Ces résultats sont détaillés par l'analyse des auto-questionnaires** : le FIQ moyen (51) dépendait du sentiment d'injustice (+4,5), du travail à temps partiel (+2,4) et des revenus < 1000€/mois (+2,3) ; traitement variable (paracétamol seul 52%, avec opioïde faible 64% ou fort 20%, antidépresseurs 82%, antiépileptiques 55%, AINS 54%, anxiolytiques 52%, stéroïdes 13%), d'après LAROCHE *et al.* (2018) [271].

**Les facteurs de risque d'arrêt de travail sont liés au contexte professionnel** : pas d'effet des données démographiques, de la sévérité d'atteinte de la fonction et de la détresse psychologique, mais impact du temps de trajet, stress au travail, travail répétitif, ambiance bruyante, stagnation de carrière, manque de reconnaissance (pas d'effet de la sédentarité, position assise prolongée, port de charges lourdes, exposition thermique, outil vibrant) ; enquête internet (n=955), LAROCHE *et al.* (2020) [272].

## 2. Le retour au travail : description des dispositifs d'accompagnement

### 2.1. Missions du médecin du travail et rôle des autres intervenants en Santé au travail

#### 2.1.1. Ampleur des missions et modes d'exercice : Cf. CdT (Code du travail)

**Le rôle du MdT (médecin du travail)** « est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » Art. L 4622-3 [273]. Le MdT est le conseiller des salariés, de l'employeur et des représentants du personnel, notamment sur l'amélioration des conditions de travail, l'adaptation des postes, l'évaluation des risques professionnels et la protection contre ces nuisances, l'hygiène générale des établissements, l'éducation sanitaire liée à l'activité professionnelle, l'accompagnement des changements organisationnels. Il participe à la veille épidémiologique et à la traçabilité, Art. R 4623-1. Il concourt à préserver le maintien dans l'emploi [274].

**Les MdT sont rattachés aux SST** (Service de santé au travail). Disposant d'une indépendance technique, ils exercent au sein de SST interentreprises/autonomes (entreprises de plus de 500 salariés), se déclinant dans les secteurs privés et publics (fonction publique d'Etat, territoriale et hospitalière). Les priorités du SST sont définies par le **CPOM** (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), en cohérence avec le **PRST** (Plan régional santé au travail). Les SST interentreprises sont des associations agréées par la **DIRECCTE** (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), sous tutelle du Ministère du Travail. Hors **RG** (Régime général), citons la **MSA** (Mutuelle sociale agricole), l'**ENIM** (Etablissement National des Invalides de la Marine, pour les gens de mer) et le **RSI** (Régime social des indépendants, pour artisans/industriels/commerçants/chefs d'entreprises, rattaché au RG en 2018).

**La santé au travail** dépend aussi de divers organismes : **ANSES** (Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail), **OPPBTB** (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics), **INRS** (Institut national de recherche et de sécurité), **ANACT** (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), **INERIS** (Institut national de l'environnement industriel et des risques), **IRSN** (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire), **InVS** (Institut de veille sanitaire, Santé publique France en 2016), **ORS** (Observatoire régional de la santé), **CARSAT**, **ARS** et **HAS**.

**Le MdT est un médecin spécialisé en Médecine du Travail** qui fonde ses décisions sur l'examen clinique, l'analyse des conditions de travail, la réactualisation des connaissances scientifiques, du cadre législatif et des recommandations des institutions précitées. Il participe au **CHSCT** (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), devenu en 2018 le **CSE** (Comité social et économique) avec **CSSCT** (Commission santé, sécurité et condition de travail, si n>300). Le MdT anime et coordonne une **EST** (Equipe en santé travail) dotée de professionnels spécialisés : **IDEST** (infirmier diplômé en santé au travail, contribuant au suivi préventif), **SM** (secrétaire médicale, interlocutrice administrative), **ASST** (Assistant santé et sécurité au travail, recensant les besoins de l'employeur et repérant les risques), **IPRP** (Intervenant en prévention des risques professionnels, assurant des mesurages et des sensibilisations). Le MdT peut aussi solliciter l'intervention d'**ergonomes**, **psychologues du travail** et **assistantes sociales**.

Figure 9 : De la spécialisation en Médecine du travail à la Santé au travail multidisciplinaire	
Histoire résumée de la Santé au travail en France	Cartographie simplifiée de l'équipe santé au travail
<p>1874 : Inspection du travail (Loi du 19/05/1874)            1898 : Accidents du travail indemnisés (loi du 09/04/1898)            1906 : Ministère du travail (25/10/1906)            1910 : Code du travail (loi du 28/12/10)            1919 : Maladie professionnelle reconnue (Loi du 25/10/1919)            1933 : Diplôme d'hygiène industrielle et médecine du travail            1946 : Médecine du travail (Loi du 11/10/1946)            2004 : SST (Décret 760 du 28/07/2004) [275]            2012 : EST pluridisciplinaire (Décret 137 du 30/01/2012) [276]            2016 : Suivi individuel renforcé (Décret 1908 du 27/12/2016)</p>	<p>Diagramme illustrant l'équipe multidisciplinaire de la santé au travail. Au centre se trouve le <b>Médecin du Travail</b>. Autour de lui sont disposés six autres professionnels, chacun dans un hexagone coloré :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>IPRP</b> (Infirmier Prévention des Risques Professionnels) - hexagone jaune</li> <li><b>ASST</b> (Assistant Santé et Sécurité au Travail) - hexagone orange</li> <li><b>Secrétaire médicale</b> - hexagone gris</li> <li><b>Psychologue Assistant social</b> - hexagone vert</li> <li><b>Infirmier en Santé Travail</b> - hexagone bleu</li> <li><b>Ergonome</b> - hexagone orange foncé</li> </ul>

### 2.1.2 Types d'intervention et mesures d'aménagement

**Le MdT assure des visites médicales** périodiques et ponctuelles : **VE** (visite d'embauche), **VO** (visite occasionnelle, à la demande du salarié/employeur/MdT), **VR** (visite de reprise, dans les 8 jours après la fin de l'arrêt), **VPR** (pendant un arrêt long, pour préparer la reprise, à la demande du salarié/généraliste/médecin-conseil). Avant 2017, il existait un suivi médical simple et un suivi médical renforcé. Le décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail stipule que « *tout travailleur bénéficie d'une visite d'information et de prévention, réalisée par l'un des professionnels de santé... Dans un délai qui n'excède pas 3 mois à compter de la prise effective du poste de travail* » (Art. R 4624-10 du CdT) [277]. Ce décret précise la distinction entre **VIP** (Visite d'information et de prévention, possiblement par un IDEST, tous les 5 ans) ; **SIR** (Suivi individuel renforcé, 1<sup>ère</sup> visite avant l'embauche, avec suivi par un MdT tous les 4 ans et une visite intermédiaire par l'IDEST ; en cas de risques tels que l'amiante ou la conduite d'engin) ; et **SIA** (Suivi individuel adapté, tous les 3 ans, notamment pour les situations de handicap). Les VIP donnent lieu à la remise d'une attestation de suivi, les SIR nécessitent un **EMA** (Examen médical d'aptitude) avec avis d'aptitude pouvant comporter des préconisations, après échange avec l'employeur : « *mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail, ou des mesures d'aménagement du temps de travail* » (Art. L 4624-3 du CdT) [278].

**L'inaptitude médicale est une procédure engagée par le MdT**, en cas d'incompatibilité définitive entre les contraintes du poste et l'état de santé, suite à examen médical (voire un 2<sup>nd</sup> dans un délai de 15 jours), étude de poste et des conditions de travail, rappel de la date de la fiche d'entreprise, échanges avec l'employeur et le travailleur. L'employeur dispose ensuite d'une période d'un mois pour formuler des propositions de reclassement, sauf si l'employeur est dispensé de l'obligation de reclassement lorsque le MdT déclare 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* », Art. R 4624-42 du CdT [279]. En plus du licenciement pour inaptitude (~ 64 000/an), il existe d'autres départs de l'entreprise : fin de contrat, rupture conventionnelle, démission, abandon de poste, licenciement économique / pour motif personnel / faute grave, retraite, mise à la retraite pour invalidité, cessation anticipée d'activité [280].

**L'objectif premier du MdT est de favoriser le MDE** (Maintien dans l'emploi, préservation du poste via l'aménagement quantitatif et l'adaptation qualitative) et à défaut, de concourir au MEE (Maintien en emploi, changement de poste, via une mutation interne, voire un reclassement externe à l'entreprise). Le MDE est facilité par l'application des **9 principes de prévention** : éviter/évaluer/combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte des évolutions techniques, remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, planifier la prévention en intégrant organisation et relations sociales, prioriser les mesures de protection collective, donner des instructions appropriées, Art. L 4121-2 [281]. Le MDE requiert la mise en œuvre d'**AMT** (Action en milieu du travail), tels que des **EDP** (Etudes de poste), sensibilisations de prévention, action de prévention des **RPS** (Risques psycho-sociaux), métrologie d'ambiance (prévention du risque chimique, associée à la **SBEP**, surveillance biologique des expositions professionnelles par le MdT), intervention ergonomique, notamment pour la prévention des **TMS** (troubles musculosquelettiques), participation au CSE, analyse des risques, formation à la sécurité.

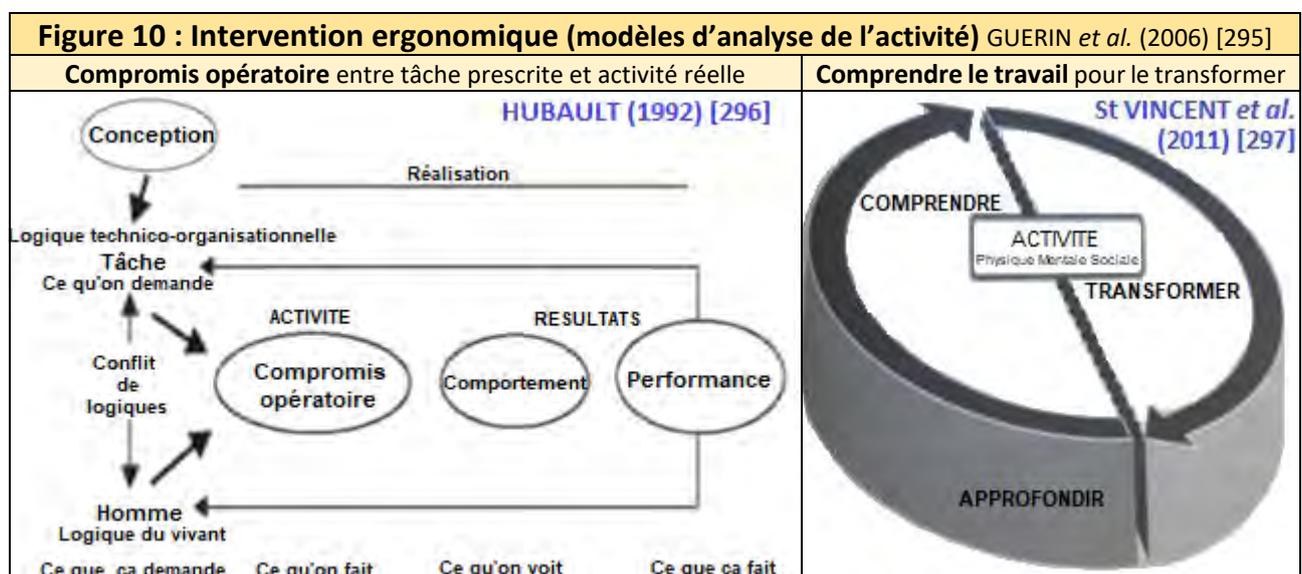
**Les principaux outils de MDE mobilisables par le MdT** sont le **TPT** (Temps partiel thérapeutique), le **VPR** (Visite de préreprise, avec formulation de préconisations en amont de la reprise, facilitant leur mise en place, par échanges successifs avec l'employeur). Au-delà des **aménagements** horaires et **adaptations** matérielles, le MdT peut formaliser des **restrictions médicales** parfois contraignantes pour l'employeur qui a une obligation de sécurité de résultat [282]. Comme l'évoque FASSIER, PETIT *et al.* (2014), « *Il s'agit cependant d'un outil à manier avec précaution car l'employeur peut arguer de son impossibilité à proposer un poste adapté pour invoquer un licenciement pour inaptitude* » [283]. Ces actions réclament la « *collaboration harmonieuse* » entre salarié, employeur, conseiller RH (Ressources humaines), DP (Délégué du personnel), RRH (Référént du réseau handicap), préventeurs, financeurs et décideurs.

**Les RPS sont essentiels à prendre en compte**, ils correspondent à des situations de stress au travail (déséquilibre entre exigences externes et ressources internes), potentiellement combinées à des violences internes (tensions, harcèlement) et/ou externes (menaces, agressions). Les facteurs de risque sont imbriqués (surcharge cognitive, faible autonomie, collectif dégradé, conflit de valeurs) et induisent des troubles psychosociaux : souffrance au travail, épuisement professionnel, ESPT, voire suicide [284]. Le **modèle de KARASEK et al.** du « *job strain* » (1979) postule qu'une exigence de travail (forte « *demande psychologique* ») et un manque d'autonomie (« *faible latitude décisionnelle* ») suscitent un stress [285], majoré en cas de manque de « *soutien social* » [284]. Le **modèle bidimensionnel de SIEGRIST** (1996) repose sur le déséquilibre entre effort et récompense [285]. Ainsi, comme le signale explicitement l'**INRS**, « *les facteurs psychosociaux au travail 'On m'en demande trop', 'On ne m'aide pas', 'On m'impose tout', 'On ne me récompense pas assez' sont susceptibles de favoriser des pathologies ostéo-articulaires et en particulier rachidiennes. Associés aux gênes fonctionnelles qui entraînent inquiétude, baisse de l'activité et augmentation des arrêts, ils bloquent le retour à l'activité* » [288].

**La prévention des TMS est également capitale**, il s'agit d'affections causées par l'hypersollicitation des tissus mous périarticulaires. Ils sont la 1<sup>ère</sup> cause de maladie professionnelle (87%), CNAMTS (2018) [289]. Ils peuvent être l'expression d'une pathologie de l'organisation du travail. D'origine multifactorielle et cumulative, ils résultent de facteurs individuels (âge, sexe, antécédents), biomécaniques (répétitivité des gestes et intensité des efforts), physiques (froid, bruit), psychosociaux (sentiment d'insatisfaction et de non-reconnaissance) et technico-organisationnels (cadence imposée, interruptions des tâches). Le phénomène de « *qualité empêchée* » serait également pourvoyeur de TMS ; CLOT et al. (2017) [290].

**Les facteurs de pénibilité consistent** en des contraintes physiques (manutention manuelle de charge, posture pénible, vibrations mécaniques), un environnement agressif (agents chimiques dangereux, milieu hyperbare, températures extrêmes) et certains rythmes de travail (travail de nuit, équipe alternante, travail répétitif), Art. L4161-1/5 du CdT [291]. La notion de charges lourdes n'est pas définie par la législation, mais la valeur réglementaire de la masse unitaire qu'un travailleur est admis à porter est de 25 kg pour les femmes et **55 kg** pour un homme (voire 105 kg dans le cadre d'un SIR si aptitude validée par le MdT), Art. R4541-9 du CdT [292]. La valeur normative de la charge maximale à porter est de **25 kg** (NF X-35 109, HAS 2013 [293]). La répétitivité correspond aux « *mouvements répétés, sollicitant tout ou partie du membre supérieur, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte* », avec « *30 actions techniques ou plus par minutes* », Art. D4163-2 du CdT, décret n°2017-1759 du 27/12/17 [294].

**La prévention des douleurs au travail** peut nécessiter la mise en place d'une intervention ergonomique.



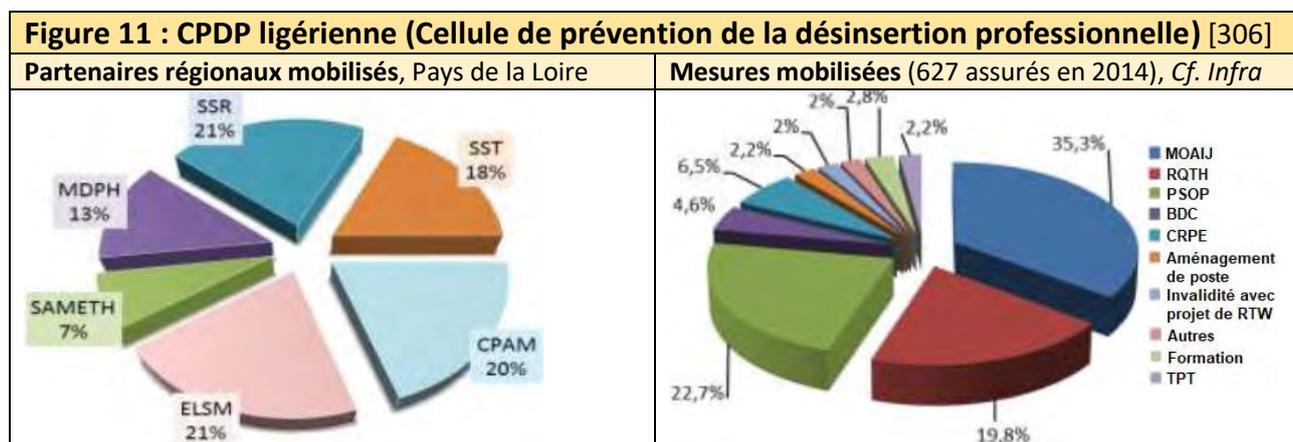
## 2.2. Acteurs et organismes de PDP (Prévention de la désinsertion professionnelle)

Le terme de PDP paraît en 2009, dans une convention de la branche AT/MP de la Sécurité sociale [298]. Elle diffère de l'insertion professionnelle qui est un « *processus dynamique qui caractérise le passage du système éducatif à une position d'activité relativement stabilisée* », selon MANSUY *et al.* (2001) [299]. Aujourd'hui, la PDP est au cœur des préoccupations des acteurs en Santé au travail : le PRST-3 a placé la prévention de la désinsertion professionnelle comme axe prioritaire pour 2016-2020 [300]. La PDP « *inclut le maintien sur le poste, le reclassement interne et le maintien en emploi proprement dit, grâce à un reclassement interne* ». Ses actions dans le PRST-3 se déclinent ainsi : optimisation du MDE par les SST, sensibilisation des TPE, information des instances représentatives du personnel, diffusion des outils de construction du parcours professionnel, coordination avec les généralistes.

**Les partenaires institutionnels de la PDP sont les suivants :** CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés). L'ELSM (Echelon local du Service médical) au niveau de la CPAM [301], détecte des assurés sociaux à risque de PDP et peut solliciter le MdT ; CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), le Service social de la CARSAT accompagne les assurés pour favoriser le MEE et anime des ateliers Prev'Emploi [302] ; DIRECCTE, l'Unité départementale favorise le retour à l'emploi des publics fragilisés, en luttant contre l'exclusion via les contrats aidés (CAE, CIE) [303] ; ARS ; MDPH ; Cap Emploi/SAMETH ; AGEFIPH ; Réseau COMETE France ; et des acteurs extérieurs : SST, Médecins (généralistes, MdT, médecins-conseil, psychiatres, rhumatologues, rééducateurs). Ainsi, le **médecin-conseil** reçoit les assurés en arrêt prolongé (renouvellements de TPT, maladies chroniques nécessitant un PES (Protocole d'examen spécial, pour l'attribution d'une ALD) et vérifie le motif des prestations en espèces (IJ, pension d'invalidité). Il peut solliciter une visite de préreprise avec le MdT. Au CETD de Nantes, il a été proposé un temps d'échange didactique, SANKALE, NIZARD *et al.* (2003) [304].

**Les principaux contrats de travail** sont les suivants : CDI (Contrat à durée indéterminée), CDD (Contrat à durée déterminée), CTT (Contrat de travail temporaire), CUI-CAE (Contrat unique d'insertion – Contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat dans le secteur non marchand, facilitant l'accès durable à l'emploi de personnes en difficulté socioprofessionnelle, devenu Parcours emploi compétence en 2018), CUI-CIE (Contrat initiative emploi, contrat dans le secteur marchand [305], par exemple avec des GEIQ, groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification), IAE (Insertion par l'activité économique, par exemple les contrat Emploi d'avenir dans les chantiers d'insertion), CESU (Chèque emploi service universel, offre simplifiée de l'URSSAF pour déclarer la rémunération d'un salarié à domicile, ancien CES : chèque emploi service, jusqu'en 2006), alternance (contrat d'apprentissage ou de professionnalisation).

**Les CPDP (Cellules de prévention de la désinsertion professionnelle)** ont été instaurées en 2010 par la CNAMTS, à l'échelon régional et départemental. La coordination partenariale réunit MdT et référents CARSAT, ELSM, SAMETH, AGEFIPH, SST, MDPH et Comète (concertation opérationnelle mensuelle). Elle vise à créer des synergies locales, en croisant les expertises, afin de faire émerger des solutions de PDP.



## 2.3. Outils de maintien en emploi et structures de reconversion professionnelle

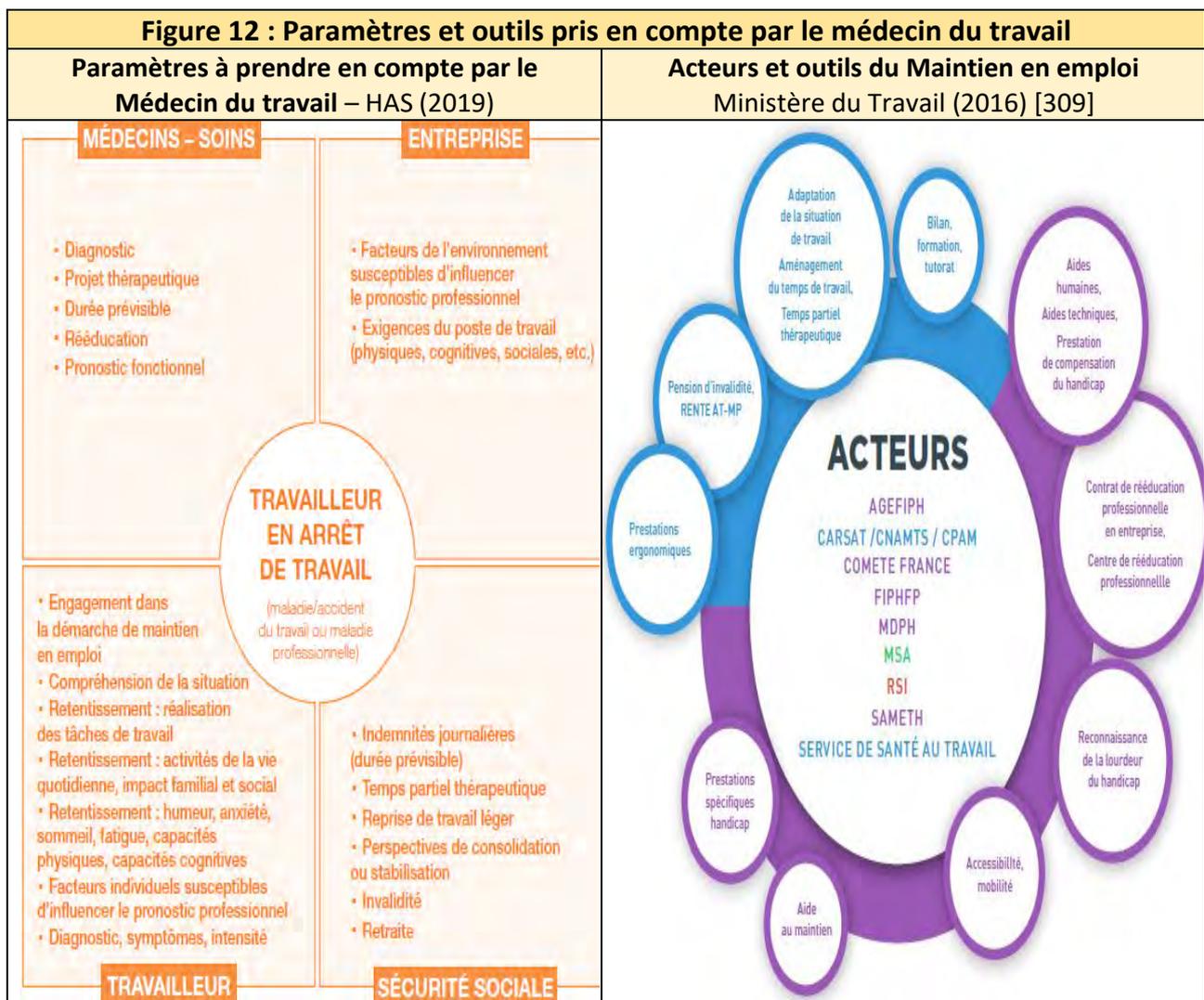
Les phases du plan de retour au travail sont décrites par la HAS (2019) : 1) Analyse et compréhension partagées du risque de PDP, 2) Elaboration d'une liste des freins à la reprise et leviers mobilisables, 3) Mise en œuvre planifiée des mesures choisies, puis suivi avec évaluation régulière de la situation [307].

Toutes les entreprises sont concernées : TPE (Très petites entreprises, moins de 10 salariés), PME (Petites et moyennes entreprises, 10 à 249 salariés), ETI (Entreprises de taille intermédiaire, 250 à 4999 salariés), GE (Grandes entreprises, effectif supérieur à 5000), décret 1354 du 18/12/08 [308].

Les CPPE (Centres de pathologies professionnelles et environnementales) jouent un rôle remarquable : au carrefour de la PDP, du MEE, de la prévention des risques et affections professionnelles, ils dispensent des conseils aux salariés et employeurs, sur l'aptitude, l'orientation et la réinsertion professionnelle.

Les SST répondent à une mission de MEE (Maintien en emploi) : le MdT est « un acteur pivot du MEE ». En concertation avec les acteurs du MEE, il analyse la situation et peut coordonner le « plan de MEE ».

Le médecin du travail intègre et analyse divers paramètres (singularités du travailleur et de l'entreprise, spécificités du réseau de soins et du secteur assurantiel). Le médecin du travail intervient en mobilisant les outils proposés par les acteurs du MEE (Assurance maladie, MDPH, Cap Emploi/SAMETH, AGEFIPH).



Les outils du MEE relèvent du droit commun, du régime assurantiel et des dispositifs liés au handicap (Cf. p 46). Il existe également des dispositifs spécifiques, comme ceux inhérents à la fonction publique.

**1) Le droit commun** : série de mesures et dispositifs émanant de divers organismes distincts

**Ces dispositifs sont universellement accessibles en France**, avec notamment la possibilité de solliciter un BDC (bilan de compétences), une démarche de formation, ou la mise en place de télétravail.

Le **BDC** permet de construire un projet de formation ou de reconversion. Il est actionnable via le plan de formation de l'entreprise, le **CPF** (Compte personnel de formation), le **FONGECIF** (Fonds de gestion des congés individuels de formation) lors de l'arrêt de travail et Pôle emploi, pour les demandeurs d'emploi. Les **FONGECIF** sont des **OPACIF** (Organismes paritaires au titre du congé individuel de formation). Ils gèrent **CIF** (Congé individuel de formation), **CBC** (Congé Bilan de compétences) et **VAE** (Validation des acquis de l'expérience). Créés en 1983, ils ont été rebaptisés « *Transitions pro* » en 2020 [310]. Le **CIF** est un droit des salariés ayant travaillé depuis 2 ans (ou 1600h d'intérim) : formation d'un an maximum. Les **CIF** sont désormais appelés « *Projet de transition professionnelle* » (2019) [311]. Les **DIF** (Droit individuel à la formation) créés en 2004 sont remplacés par les CPF en 2015, associés à la **FPC** (Formation professionnelle continue) [312]. Ils sont financés par les **OPCA** (Organismes paritaires collecteurs agréés, renommés **OPCO**, Opérateurs de compétences, en 2019) collectant les contributions des entreprises. La **VAE** apparue en 2002 valide les expériences ≥ 3 ans, via une certification du niveau de diplôme [313].

**Les diplômes** sont répartis en 8 niveaux (décret du 08/01/19) : 1 (ex-VI), niveau 3<sup>ème</sup> ; 2 (ex-V bis), niveau **CAP** (Certificat d'aptitude professionnelle) / **BEP** (Brevet d'études professionnelles) ; 3 (ex-V), CAP / BEP validés ; 4 (ex-IV), Baccalauréat ; 5 (ex-III), Bac+2 : ex-**DEUG** (Diplôme d'études universitaires générales), **BTS** (Brevet de technicien supérieur), **DUT** (Diplôme universitaire de technologie) ; 6 (ex-II), Bac+3, Licence ; 7 (ex-I), Master, ex-**DESS** (Diplôme d'Etudes supérieures spécialisées), 8 (ex-I), Doctorat [314].

**L'orientation vers une formation de réinsertion ou de reconversion professionnelle** est envisageable en recueillant des renseignements, auprès du **CIO** (Centre d'information et d'orientation), **SUIO** (Service universitaire d'information et d'orientation), **PAIO** (Permanence d'accueil, d'information et d'orientation, devenue **MLI**, Mission locale d'insertion en 2014, pour les moins de 26 ans) [315], **SPRO** (Service public régional de l'orientation, regroupant depuis 2009, CIO, MLI et centre d'aide à la décision des chambres des métiers et de l'artisanat/de commerce et d'industrie) [316] et Pôle Emploi qui fournit des fiches **ROME** (Répertoire opérationnel des métiers/emplois) et mobilise des prestataires [317].

**Pôle emploi peut orienter vers divers organismes de formation** : réinsertion via l'**AFPA** (Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes), le **GRETA** (Groupement d'établissements publics locaux d'enseignements en formation continue), le **CNAM** (Conservatoire national des arts et métiers), le **CNED** (Centre national d'enseignement à distance), les **CFA** (Centres de formation d'apprentis) en alternance, les **CIBC** (Centre interinstitutionnel de BDC) et les **ACI** (Ateliers et chantiers d'insertion).

**Les aides de Pôle Emploi sont nombreuses** : issu de la fusion en 2008 de l'**ANPE** (Agence nationale pour l'emploi) et de l'**ASSEDIC** (Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce), il accompagne le retour à l'emploi, indemnise les demandeurs d'emploi et rapproche entreprises et candidats. Il verse des aides à la reprise : **ARE** (Aide au retour à l'emploi), **ASS** (Allocation de solidarité spécifique) [318] ; des aides à la conception d'entreprises : **ARCE** (Aide à la reprise ou à la création d'entreprises), **ACRE** (Aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise, exonération de charges sociales ; remplace l'**ACCRE** depuis 2019, aide aux chômeurs créateurs d'entreprise), **ARCE** (Aide à la reprise ou à la création d'entreprise, allocation sous forme de capital), **NACRE** (Nouvel accompagnement pour la création ou la reprise d'entreprise, parcours contractuel pour le montage de projet), **CAPE** (Contrat d'appui au projet d'entreprise, étude de faisabilité, soutien à l'activité) ; des aides à la formation : **AREF** (Aide au retour à l'emploi formation), **AGEPI** (Aide à la garde d'enfants pour parents isolés), **RFPE** (Rémunération des formations de Pôle Emploi), **RFF** (Rémunération de fin de formation), **AIF** (Aide individuelle à la formation), **AFPR** (Action de formation préalable au recrutement), **CSP** (Contrat de sécurisation professionnelle, finançant la formation des licenciés économiques), **ASP** (Allocation de sécurisation

professionnelle), **IDR** (Indemnités différentielle de reclassement), **AFC** (Allocation de formation conventionnée), VAE, **POE** (Préparation opérationnelle à l'emploi, aide pour former le candidat) [319] ; immersion en entreprise : **PMSMP** (Période de mise en situation en milieu professionnel, 2014) [320].

**Le télétravail** est une activité professionnelle effectuée à distance (hors site, à domicile, en nomade, ou en espace partagé de *coworking*), via les **TIC** (technologies de l'information et de la communication), possible sur la base du volontariat, avec un **droit à la déconnexion** (loi Travail, dite EL KHOMRI de 2016). Selon la **DARES** (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), le télétravail a concerné 2% des salariés en 2004, jusqu'à 25% lors du confinement lié à la COVID-19 (avril 2020) [321].

**Les aides de la CAF (Caisse des allocations familiales)** : le **RSA** (Revenu de solidarité active) a remplacé le **RMI** (Revenu minimum d'insertion) en 2009. Il est destiné aux foyers dont les ressources sont inférieures au **SMIC** (Salaire minimum interprofessionnel de croissance, soit 1539 €/mois brut en 2020). Le montant du RSA est de 564 €/mois pour un célibataire et 1017 €/mois pour un couple parental [322]. Le RSA est versé à 1,8 millions de français [323] (2,6 millions pour la **prime d'activité**, 155 €/mois) [324].

**2) L'assurance maladie** : CPAM ou MSA, Service social de la CARSAT, Service médical de la CPAM

**Les outils de la CPAM** (Caisse primaire d'assurance maladie) sont le **TPT** (Temps partiel thérapeutique, nécessitant la prescription du généraliste, l'avis du MdT, l'acceptation du médecin-conseil, l'accord négocié du salarié/employeur ; compensation du salaire non perçu, par indemnités journalières, limitée à 1 an) ; **l'essai encadré** (test des capacités de reprise ou de reconversion pendant l'arrêt de travail, sur avis du MdT et médecin conseil, CERFA du généraliste, signature de la CPDP et accord de l'employeur) ; le **MOAIJ** (Module d'orientation approfondie indemnité journalière, 6 semaines alternant formation et mise en situation dans l'entreprise, pendant l'arrêt de travail) [302] ; **l'ARPIJ** (Action de remobilisation professionnelle en période d'indemnité journalière, anticipation de la reprise pendant l'arrêt, validant l'orientation professionnelle après 8 semaines de stage en entreprise) [325] ; le **CRPE** (Contrat de rééducation professionnelle en entreprise, formation tutorée pour se réaccoutumer à l'exercice professionnel, limité à 18 mois) et la **RTL** (Reprise de travail léger, aménagement horaire post-arrêt d'origine professionnelle, prescription par le généraliste, préconisations statuées par le MdT) [326].

**Elle verse des prestations sociales** : **IJSS** (Indemnités journalières de la Sécurité sociale, compensation du salaire non perçu pendant l'arrêt de travail : 50% du salaire journalier de base) [327] ; rente et capital des **AT/MP** (Accident du travail/maladie professionnelle indemnisés selon l'**IPP**, capital de 418 à 4188 €, perception d'une rente si le taux d'incapacité permanente partielle excède 10% après consolidation) [328] ; **ITI** (Indemnité temporaire d'inaptitude, post-AT/MP, valable durant 1 mois après avis d'inaptitude (sur signature du MdT) ; **pension d'invalidité** (via le médecin-conseil, si perte de capacité de travail ou de gain d'au moins 2/3 : 1<sup>ère</sup> catégorie, 30% du salaire mensuel moyen soit 292 à 1028 €, 2<sup>ème</sup> catégorie, 50%, jusqu'à 1714 €, 3<sup>ème</sup> catégorie jusqu'à 2839 € si nécessité de tierce personne) [329] ; **ASI** (Allocation supplémentaire d'invalidité, prestation mensuelle pour personne invalide à faible ressource) ; **ALD** (Affection longue durée) : exonération du ticket modérateur, remboursement total des soins : ALD31, pour les affections hors liste, dont la FM *invalidante*, si les soins sont « *longs et coûteux* ».

**3) La fonction publique** : hospitalière (FPH), territoriale (FPT), d'Etat (FPE) ; SST (médecin de prévention)

Le comité médical statue sur : **CLM/CLD** (Congé longue maladie/durée – 3 et 5 ans maximum) après MO (Maladie ordinaire) > 6 mois ; réintégration ; reclassement. La commission de réforme octroie : taux d'invalidité pour l'**AIT** (Allocation d'invalidité temporaire) et l'**ATI** (Allocation temporaire d'invalidité, si imputabilité reconnue de l'AT/MP) ; TPT post-AT/MP [330]. Citons la Commission de pré-mobilité (FPH), Commission de retour et maintien à l'emploi (en 2015) ; Commission paritaire consultative [331] ; **QVT** (Qualité de vie au travail) [332] ; **CDG** (Centre de gestion) (FPT) ; Pôle conseil en évolution personnelle (FPE) : allègement de service (Education nationale), **PACD** (Poste adapté de courte durée – 3 ans) [333].

## 2.4. Place des situations de handicap et de l'accompagnement socioprofessionnel

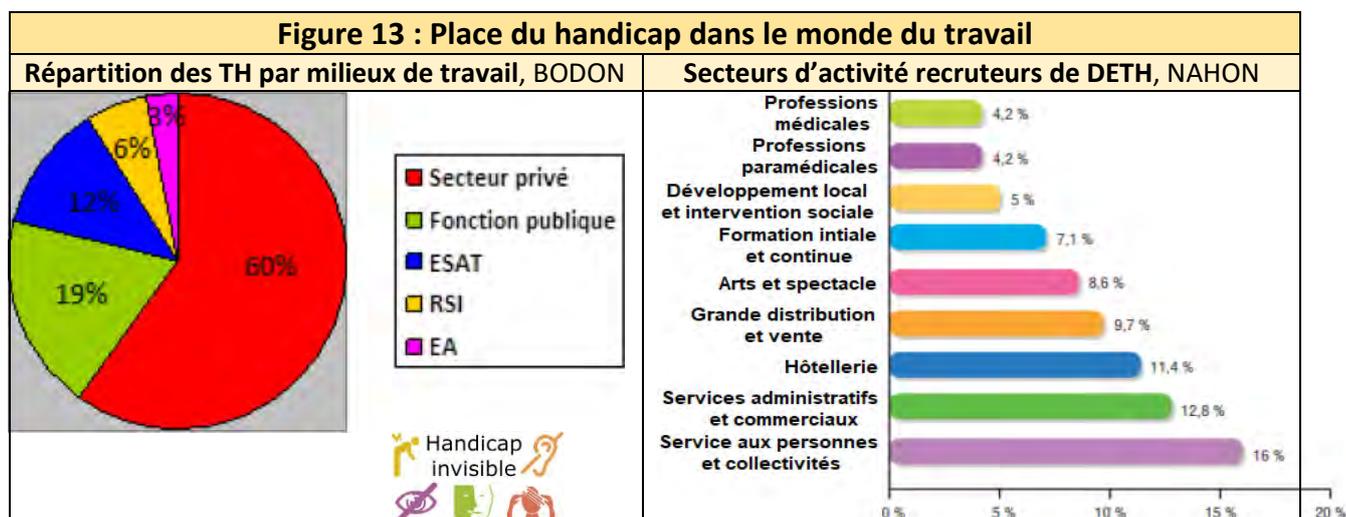
### 1) Place du handicap : du désavantage social à la société inclusive

Classiquement, le **modèle de WOOD** distinguait déficience (lésion organique), incapacité fonctionnelle (restriction d'activité) et handicap (désavantage social, lié à l'incapacité), d'après l'OMS (1980) [334]. Ultérieurement, la notion de handicap a été conçue comme n'ayant de sens que dans le cadre d'une **situation sociale** : un désavantage devient une condition adaptée voire un atout, selon les circonstances. Aujourd'hui, le handicap est défini comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* », loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [335].

Cette loi crée la **MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées). Elle affirme le droit à la non-discrimination (non-exclusion) et à la compensation (dédommagement), avec accès à l'autonomie. La **MDA** (Maison de l'autonomie) réunit les moyens de la MDPH et du Département en matière d'accueil, avec information, conseil, évaluation, orientation et élaboration de plan d'aide lié à l'âge et au handicap.

**L'implication des TH** (Travailleurs handicapés) exerçant en entreprise représente **988 000 personnes**. Les TH reconnus avoisinent 2,8 millions de personnes (1/3 en activité, 515 000 en recherche d'emploi). 80% des handicaps sont « invisibles », dont les situations liées au syndrome fibromyalgique invalidant. Depuis 1987, toute entreprise de plus de 20 salariés doit respecter l'**OETH** (Obligation d'emploi des TH), dans une proportion de **6%** de l'effectif. Les établissements ne remplissant pas cet impératif doivent s'acquitter de contributions à l'**AGEFIPH** (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées), ainsi le taux d'emploi réel dans le privé atteint seulement 3,8% (5,6% dans le public) [336].

**Les personnes en situation de handicap peuvent travailler dans 3 milieux de travail distincts** : milieu ordinaire (saliariat, fonctionnariat, indépendants, auto-entrepreneariat), milieu adapté (**EA**, entreprise adaptée, ex-AP, Atelier protégé), milieu protégé (**ESAT**, Etablissement et service d'aide par le travail, ex-CAT, Centre d'aide par le travail). **85%** des TH exercent en milieu ordinaire, BODON *et al.* (2016) [337]. Tous les secteurs d'activité sont susceptibles de recruter des **DETH** (demandeur d'emploi TH) : secteur primaire (agriculture, pêche, exploitation forestière et minière), secteur 2<sup>aire</sup> (BTP, construction, production...) et tertiaire (administratif, commercial, sanitaire, touristique...), NAHON *et al.* (2009) [338].



**L'intégration des travailleurs handicapés est cruciale.** A contrario d'un monde d'exclusion, « *l'optique inclusive se caractérise par la capacité collective à conjuguer les singularités* », GARDOU (2012) [339].

## **2) MDPH : ex-COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel)**

**La MDPH attribue la RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)** facilitant l'accès aux aides au MEE, sur décision de la **CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, composée de représentants du Département, de l'Etat, de la CAF et d'associations).**

**La notification d'orientation** définit certaines des structures et mesures mobilisables : selon la HAS [307]

- **ORP (Orientation professionnelle)** : encouragement à l'emploi adapté en milieu ordinaire,
- **CPO (Centre de pré-orientation)** : élaboration du projet professionnel, stage (8 à 12 semaines),
- **CRP (Centre de réadaptation professionnelle)** : formation préparatoire/qualifiante rémunérée,
- **UEROS (Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation)** : stage rémunéré (18 semaines),
- **DEA (Dispositif d'emploi accompagné)** : accompagnement médico-social et appui à l'employeur,
- **PCH (Prestation de compensation de handicap)** : financement d'aides techniques ou humaines,
- **SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale)** : soutien sur mesure, Passerelle pour l'emploi (44),
- **SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé)** : travail du lien social.

**La MDPH définit un taux d'incapacité** (guide-barème distinct de celui de la CPAM pour l'IPP). Un taux d'au moins 80% ouvre droit à l'**AAH (Allocation adulte handicapé)**, voire dès 50%, si la CDAPH considère que la personne fait face à une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi [340]. Le montant maximal a été relevé à **902 €** en avril 2020 (abattement différentiel selon les ressources). Les débiteurs du versement sont la CAF et la MSA : 1,1 millions de bénéficiaires, DAUPHIN (2018) [341].

**La MDPH attribue la CMI (Carte mobilité inclusion)**, remplaçant les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement (depuis 2017). Les mentions invalidité et priorité permettent d'obtenir une place assise dans les transports en commun. La mention stationnement autorise à se garer gratuitement [342].

**Des associations facilitent le MEE des personnes handicapées** : [343], [344], [345], [346], [347], [348]

- **FNATH (Fédération nationale des accidentés de la vie et TH, 1921)** : assistance pour les droits,
- **APF (Association des paralysés de France, 1933)** : accompagnement vers l'accès à l'emploi,
- **Handisup (1989)** : aide à l'inclusion avec les équipes pédagogiques, autonomie des étudiants (44),
- **COMETE (Communication et tremplin vers l'emploi, 1992)** : projet de MEE dès l'hospitalisation (SSR),
- **GEM (Groupe d'entraide mutuel, 2005)** : participation à la vie de la cité (recherche d'emploi),
- **SEAP (Service d'accompagnement pour l'emploi, 2015)** : réinsertion par Psy'Activ (dans le 44).

## **3) AGEFIPH / FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) :**

**L'AGEFIPH** a été créée par la loi du 10 juillet 1987 [349], le **FIPHFP** par le décret 501 du 3 mai 2006 [350].

**L'insertion professionnelle est facilitée par des aides au MEE** : d'après le guide AGEFIPH (2017) [351]

- **PHP (Prestation handicap projet)** : vérification de la compatibilité entre projet et aptitude,
- **RLH (Reconnaissance de la lourdeur du handicap)** : compensation des charges (11 114 €/an) [352],
- **PSOP (Prestation spécifique d'orientation professionnelle)** : évolution du projet professionnel,
- **PPS (Prestation ponctuelle spécifique, prestation d'appui en 2018)** : expertise facilitant l'insertion,
- **EPAAST (Etude préalable à l'aménagement des situations de travail)** : adaptation du poste,
- **Tutorat** : médiation interne (40h) entre TH autonome/collègues/manager (forfait 2000 €) [353],
- **Auxiliarat** : financement (9150 €) de l'intervention d'un tiers (validation du besoin par le MdT),
- **Aides au trajet (4000 €), à l'intégration, à la recherche de solution (2000 €), à l'adaptation, à la formation, à l'aménagement de véhicule (9000 €), au maintien en fin de carrière (6700 €/an).**

#### 4) OPS (Organismes de placement spécialisés) :

Les OPS centrés sur l'insertion professionnelle (loi du 11 février 2005) ont aussi depuis 2018 une mission de MEE (article 101 de la loi du 8 août 2016, relative à la sécurisation des parcours professionnel) [354]. Les OPS sont prescripteurs des outils de l'AGEFIPH/FIPHP et apportent une expertise (bilan de compétence, étude ergonomique, soutien spécialisé selon le handicap : auditif, visuel, moteur, cognitif). Le **SAMETH** (Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés) a donc fusionné avec Cap Emploi qui assurait l'insertion des TH. Ainsi, en Loire-Atlantique, Cap Emploi/SAMETH est porté par GIRPEH 44 (Groupement interprofessionnel régional de promotion de l'emploi et du handicap) [355], dans le Maine-et-Loire, il est porté par REACTIVE 49 en partenariat avec la SMIA (SST d'Angers) [356].

**A l'échelon régional**, les Pays de la Loire comptent 164 000 entreprises, pour 1 727 000 actifs, avec 209 000 demandeurs d'emploi, dont 28 000 bénéficiaires de l'OETH (14 000 allocataires de l'AAH, 8000 accompagnés par Cap Emploi avec 5000 placements, 3500 en reprise d'emploi, 4000 entrés en stage, 600 orientés en CRP, 600 formés en CFA). Les SST ont réalisés 560 000 visites médicales (40% de visites périodiques, 35% de visites initiales, 14% de reprises, 8% d'occasionnelles et 3% en préreprise), débouchant sur la délivrance d'avis d'(in)aptitudes : 66% apte, 13% avec restriction, 9% d'aménagement, différé 4%, inapte à tout poste/à un poste 4+4% ; selon la Préfecture (2019) [357]. Le **PRITH** (Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés) relate que 4609 placements ont été réalisés par **Cap Emploi** en 2016 (17% de CDI) avec 1671 entrées en formation (67% diplômante), [358] Le tissu régional présente un riche maillage : **Conseil régional** et **Conseil général** (aides à la formation), **CCAS** (Centre communal d'action sociale), **PLIE** (Plan local pour l'insertion et l'Emploi, Maison de l'emploi), ainsi que les **associations** : dont l'AFPL (Association des fibromyalgiques des Pays de la Loire) [359], l'ASFE (Actions solidarité Fibr'Espoir) [360], Fibr'actions [361] et Espoir fibromyalgie 44 [362].

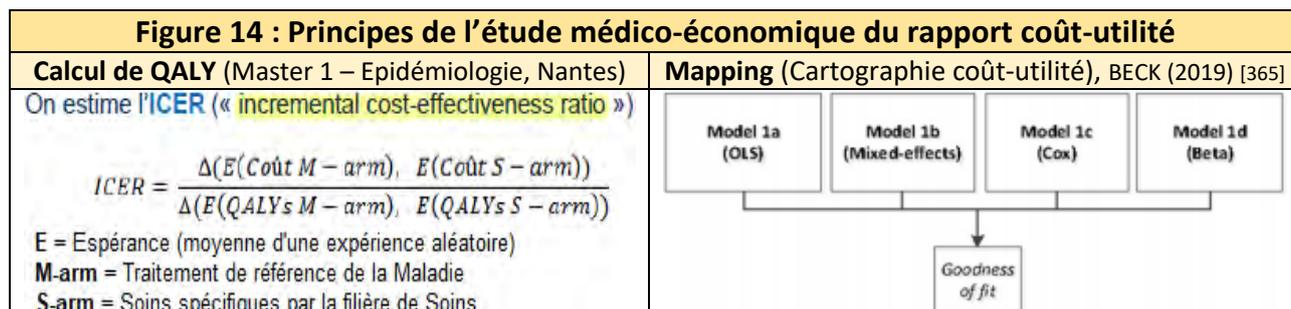
### 3. La problématique du retour au travail chez les patients fibromyalgiques

#### 3.1. Retentissement social et enjeux médico-économiques

##### 1) Généralités sur la méthodologie : limites et portée des études

**Si les études médico-économiques mondiales sont abondantes, les études françaises restent difficiles :** sous-déclaration diagnostique via la saisie informatique CIM-10 et manque d'accessibilité des données du SNIIRAM (Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie) : « *En France, l'absence de codage de la pathologie donnant lieu à un arrêt de travail, en particulier en médecine ambulatoire, y compris dans les structures de prise en charge de la douleur, rend impossible toute analyse de l'impact social du syndrome fibromyalgique* », comme le déplore le député CARVALHO (2016) [2].

**Toutefois, une approche du retentissement social serait possible**, au travers de l'analyse des rapports coût-efficacité et coût-utilité, prenant en compte le versement des IJ (Indemnité journalières de la Sécurité sociale), ainsi que les coûts directs et indirects, avec calcul des QALY (*Quality Adjusted Life Years*, indicateur de l'utilité du traitement selon la qualité de vie, via la pondération des années passées avec une affection, par un score d'utilité attaché à cet état de santé), selon la HAS (2014) [363], voire *mapping* cartographiant clinique/qualité, par algorithme de choix du modèle de régression, TESSIER (2018) [364].



## 2) Résultats des études nord-américaines : dans l'ordre chronologique

**Impact de la FM** : 1 visite/mois, 1 hospitalisation/3 ans, 3 médicaments/patient, temps de chirurgie plus long qu'en Rhumatologie, coût direct **2274 \$/an** ; 1<sup>ère</sup> étude de coût (n=538), WOLFE *et al.* (1997) [366].

**Conséquences sociales de l'invalidité** : perte d'emploi, privation de bien matériel (voiture), isolement du cercle amical/familial, renoncement aux activités récréatives (n=630), ASSEFI *et al.* (2003) [367].

**Estimation précise du coût des soins** : coût directs x3 par rapport à la population générale (**9573 \$/an** ±20135), consommation d'antalgiques x2 (65%), n=33176/33176, BERGER *et al.* (2007) [368].

**Coût des soins et perte d'emploi (indemnités et journées perdues)** : coût global à **10199 \$/an** (arthrose 10861 \$/an), médical 7286 \$/an, pharmaceutique 1630 \$/an (arthrose 1341 \$/an), indirect 2913 \$/an (arthrose 2537 \$/an) ; étude comparative (n=8513/8418/7260), WHITE *et al.* (2008) [369].

**Impact de la FM sur les effectifs, du point de vue de l'employeur** : absentéisme 17j/an (arthrose 20j/an), perte de productivité **20%/an** (comme dans l'arthrose), n=2959/3665, KLEINMAN *et al.* (2009) [370].

**Coût de la FM Versus polyarthrite rhumatoïde (PR)** : **10911 \$/an** (PR 10716 \$/an) ; au moins 1 absence 65%/an (PR 80%/an) avec coût 3316 \$/an (PR 3127 \$/an), n=14034/7965, SILVERMAN *et al.* (2009) [371].

**Effet de la sévérité de la FM sur le coût trimestriel** : coût direct de 1213 \$ à 2329 \$/an selon la sévérité (p=0,025), coût indirect 1341 \$/an (**8285 \$/an** si sévère), p<0,001, n=203, CHANDRAN *et al.* (2012) [372].

**Impact professionnel de la FM** : absentéisme (**47%/an**), absentéisme des proches dû à la FM (22%/an), efficacité au travail (27%), pension d'invalidité (30%), cohorte (n=1700), ROBINSON *et al.* (2012) [373].

**Coûts indirects** : perte de productivité représentant **89%** des coûts en France, frais de santé mondiaux non remboursés 1560 à 2924 \$/an selon la sévérité (130 à 151 \$/an en France), SKAER *et al.* (2014) [374].

**Coût de la FM** : Coût direct **3804 \$/an** (médicaments 1316, soins 516, consultations 392), absentéisme 22j/an, journées improductives à domicile 100j/an ; Québec (n=57), LACASSE *et al.* (2016) [375].

## 3) Résultats des études euro-asiatiques :

**Coûts directs/indirects (arrêt maladie, retraite précoce)** : surcoût total à **5010 €/an** (+153%) par rapport à la population générale, surcoût direct à 614 €/an (+66%) et indirect à 4394 €/an (+189%), frais médicamenteux 230 €/an, étude espagnole (n=1081/62445), SICRAS-MAINAR *et al.* (2009) [376].

**Profils capacités/coût total** (p=0,01) : fonctionnel (28%, 1265 €/an), dysfonctionnel (46%, **3963 €/an**) hautement dysfonctionnel 26%, 3363 €/an) ; Espagne (n=160), LUCIANO *et al.* (2015) [377].

**La FM induit une perte de productivité** : absentéisme x9 à 25%, présentéisme x2 à 60%, handicap x2 à 69%, coûts indirects x2 (**2826 ¥/an**), directs x6 (+1941 ¥/an), étude japonaise (n=256), LEE *et al.* (2016) [378].

**Le coût économique de la FM** : il atteindrait plus de **12,9 millions d'euros/an** en Espagne (coût direct 3246 €/an, indirect 6736 €/an, prévalence 2,4%, habitants 46 millions), CABO *et al.* (2017) [379].

**Coût des comorbidités et durée d'hospitalisation** : 6 comorbidités / patient (rhumatologique 27%, endocrinienne 18%), séjour 14 j/an, coût direct **3726 €/an**, Autriche (n=263), ROMEYKE *et al.* (2017) [380].

**Rapport coût-utilité et coût-efficacité** (sur 6 mois) : thérapie groupale d'acceptation 824€, médicaments 1730€ (≠ : p<0,05), QALY 0,01 ; ICER dominant pour la thérapie ; Espagne (n=157), LUCIANO (2017) [381].

#### 4) Résultats des études françaises :

**Frais pour le patient** : coût pré-diagnostic > coût post-diagnostic, AAD (aides à domicile) 108 h/an, frais médicaux non remboursés **317 €/an** (1<sup>ère</sup> année post-diagnostic) ; ANNEMANS *et al.* (2009) [382].

**Coût ambulatoire évité par le diagnostic** : décroissance du coût après 1 an post-diagnostic, économies grâce au diagnostic **126 €/patient/an** ; enquête (n=60 experts), LAMOTTE, MAUGARS *et al.* (2010) [383].

**Coût direct et indirect** : 1 visite/mois, absentéisme 2,7 j/mois, coût total **7900 €/an** (direct 910 €/an, indirect 6990€/an), coût +200% si FM sévère, enquête (n=299 patients), WINKELMANN *et al.* (2011) [384].

**Impact de la sévérité sur le coût** : hausse du coût total selon la sévérité du FIQ (légère 5473 €/an, moyenne 6633 €/an, sévère **10087 €/an**) ; frais non remboursés médicaux (légère 113 €/an, moyenne 233 €/an), AAD (légère 93 €/an, moyenne **108 €/an**), étude transversale, n=88, PERROT *et al.* (2012) [385].

**Comparatif des coûts mondiaux** : Coût direct **481 \$/an** en France (7087 aux USA, 2417 en Allemagne), coût indirect **8718 \$/an** (6431 aux USA, 10001 en Allemagne), n=70/203/169, KNIGHT *et al.* (2013) [386].

### 3.2. Difficultés potentielles dans la promotion du retour au travail

#### 1) Difficultés dans le RTW (Retour au travail) des personnes atteintes de douleurs chroniques :

**Facteurs pronostiques de la durée d'arrêt maladie pour TMS** : âge, genre, charge de travail perçue, perception de la capacité de RTW, sévérité des TMS ; étude sur 1 an (n=253), LÖTTERS *et al.* (2006) [387].

**Barrières à la réhabilitation des chômeurs > 5 ans** : douleur, incertitude, système de santé, prestation sociale, perception des employeurs, limitation personnelle ; n=38, PATEL *et al.* (2007) [388].

**Risque d'inaptitude médicale** : évitable par des mesures adaptées (visite de préreprise, TPT, aménagement du poste, compensation du handicap, formation de reconversion), mais cette démarche du salarié nécessite de « *relever de nombreux défis liés au cloisonnement des acteurs, à la fragmentation des connaissances et à la complexité de la législation* » ; FASSIER, PETIT *et al.* (2014) [389].

**Facteurs entravant le RTW** (moyenne à 18 semaines) : âge avancé, travail ardu, arrêt de travail prolongé > 8 semaines, peur de retourner au travail ; étude transversale (n=422), PELISSIER *et al.* (2014) [390].

**Moindre efficacité du programme de RTW** sur la durée des arrêts > 3 mois, en cas de traumatisme physique (HR 1,6) et de TMS (HR 1,3) ; analyse de survie (n=2082), SCHNEIDER *et al.* (2015) [391].

**Ephémère efficacité des actions en milieu de travail** : accélération du RTW (HR 1,6 ; IC 1,2-2,0), mais non pérenne (HR 1,1 ; IC 0,7-1,6), méta-analyse d'essais contrôlés, n=1897, Van VILSTEREN *et al.* (2015) [392].

**Facteurs pronostiques de RTW tardif > 3 mois** : dépression, opioïde préopératoire, restriction médicale préexistante ; suivi post-chirurgical de syndromes du canal carpien (n=108), KHO *et al.* (2017) [393].

**Moindre maintien en emploi** : si difficulté psychosociale, mais 65% de lombalgiques au travail 10 ans après réentrainement à l'effort (par changement de poste : 2/3), n=116, Le GALL, PETIT *et al.* (2018) [394].

**Limites du RTW post-CRF des lombalgiques** : rareté de l'analyse de l'environnement de travail, manque de partage de données avec le MdT (sauf si ergonome/MdT dans l'équipe), coopération interdisciplinaire nécessitant une culture commune ; enquête auprès des CRF (n=56) ; MICHEL, PETIT (2018) *et al.* [395].

## 2) Difficultés dans le retour au travail des personnes atteintes de FM :

**Facteurs prédictifs de l'invalidité** : âge avancé, travail manuel dur, sommeil non réparateur, score FIQ élevé (lié aux *tender points* et au niveau d'éducation) ; enquête (n=100/135), WHITE *et al.* (1999) [244].

**Facteurs prédictifs de la perte d'emploi post-diagnostic récent de FM** : âge jeune, fonction réduite et sentiment d'auto-efficacité effondré ; questionnaires sur 1 an (n=94), BURCKHARDT *et al.* (2005) [246].

**Absence de preuve de la supériorité d'une filière spécifique à la FM**, par rapport à un programme de réhabilitation fonctionnel généraliste ; étude prospective sur 6 ans, n=275, SUOYRJÖ *et al.* (2009) [396].

**Obstacles à la réinsertion** : position debout, charge physique, monotonie, manque de compréhension de l'employeur (et collègues pour les lombalgiques), n=20 FM/20 lombalgies, CELENTANO *et al.* (2011) [397].

**Facteurs prédictifs de non-retour au travail** : l'anxiété et l'invalidité sont associées (p=0,04 ; p=0,02) au non-retour au travail, 2 ans après soins en CETD-CRF (50% à 24 mois) ; (n=29), GEORGETON (2011) [398].

**Facteurs associés à l'incapacité temporaire de travailler** : arrêts maladies depuis 12 mois (68%) associés au travail sédentaire, manifestations cliniques, comorbidités, santé perçue, faible capacité fonctionnelle, recours aux soins, fatigue, enraidissement ; Espagne, étude transversale, n=301, RIVERA *et al.* (2011) [399].

**Prédicteurs de l'invalidité (Revenu social supplémentaire aux USA, 35%)** : perte des capacités fonctionnelles (RR 4,8), tabagisme (RR 1,7), divorce (RR 1,6), comorbidités (RR 1,4), EVA douleur (RR 1,3), EVA humeur (RR 1,3), score SSS (RR 1,2), EVA fatigue (RR 1,2) ; (n=2321), WOLFE *et al.* (2014) [400].

**Facteurs de prise d'arrêt de travail** (dans les 12 mois) : stress au travail, faible reconnaissance de la FM par le MdT, poste sédentaire devant écran, gestes répétitifs, nuisance sonore. Arrêt de travail 65%, MdT non vu 33%, pas d'aménagement 75%, étude transversale en ligne (n=1870), AZOULAY *et al.* (2016) [401].

## 3.3. Complexité des composantes facilitant le retour au travail

### 3.3.1. Pluralité des facteurs prédictifs du retour au travail

#### 1) Eléments facilitants le RTW des personnes atteintes de douleurs chroniques :

**RTW après réadaptation** : RTW à 52% (mais déclin à 37% deux ans après), 4 facteurs prédictifs de RTW (arrêt maladie court, formation, âge < 30 ans, secteur industriel) ; (n=815), AHLGREN *et al.* (2007) [402].

**Facteurs favorisant le RTW** : études post-bac (OR 2,3 IC95% 1,4-3,8), satisfaction au travail, perception d'une bonne santé, relation de travail agréable ; étude transversale (n=422), PELISSIER *et al.* (2014) [390].

**Facteurs prédictifs de RTW chez les lombalgiques chroniques** (77%, 2 ans après réadaptation) : métier soignant, arrêt < 112 jours, petite distance doigts-sol, moins d'anxiété/dépression, vie quotidienne et qualité de vie préservées ; étude comparative (n=217/118), COUGOT, PETIT, TRIPODI *et al.* (2015) [403].

**Adaptation du travail** : réduction de la durée d'arrêt par le temps partiel, réduction des récives par l'aménagement du poste ; revue systématique de 632 articles, NOGAWA *et al.* (2018) [404].

**Facteurs de maintien en emploi** à 10 ans post-réentraînement à l'effort des lombalgiques : âge de 30 à 45 ans, statut d'employé, IMC normal, endurance physique (n=116), Le GALL, PETIT *et al.* (2018) [394].

#### 2) Eléments facilitants le RTW des personnes atteintes de FM :

**Aspect sociétal** : RTW inféodé à la capacité de la société à ajuster les conditions de travail (organisation, finance, restructuration, possibilité de changement) ; enquête (n=39), LIEDBERG *et al.* (2002) [405].

**Prédicteurs d'amélioration de l'invalidité** (6 mois après 3 mois d'exercices et de TCC) : sentiment d'auto-efficacité pour la douleur, meilleure adhésion au traitement, n=46, DOBKIN *et al.* (2010) [406].

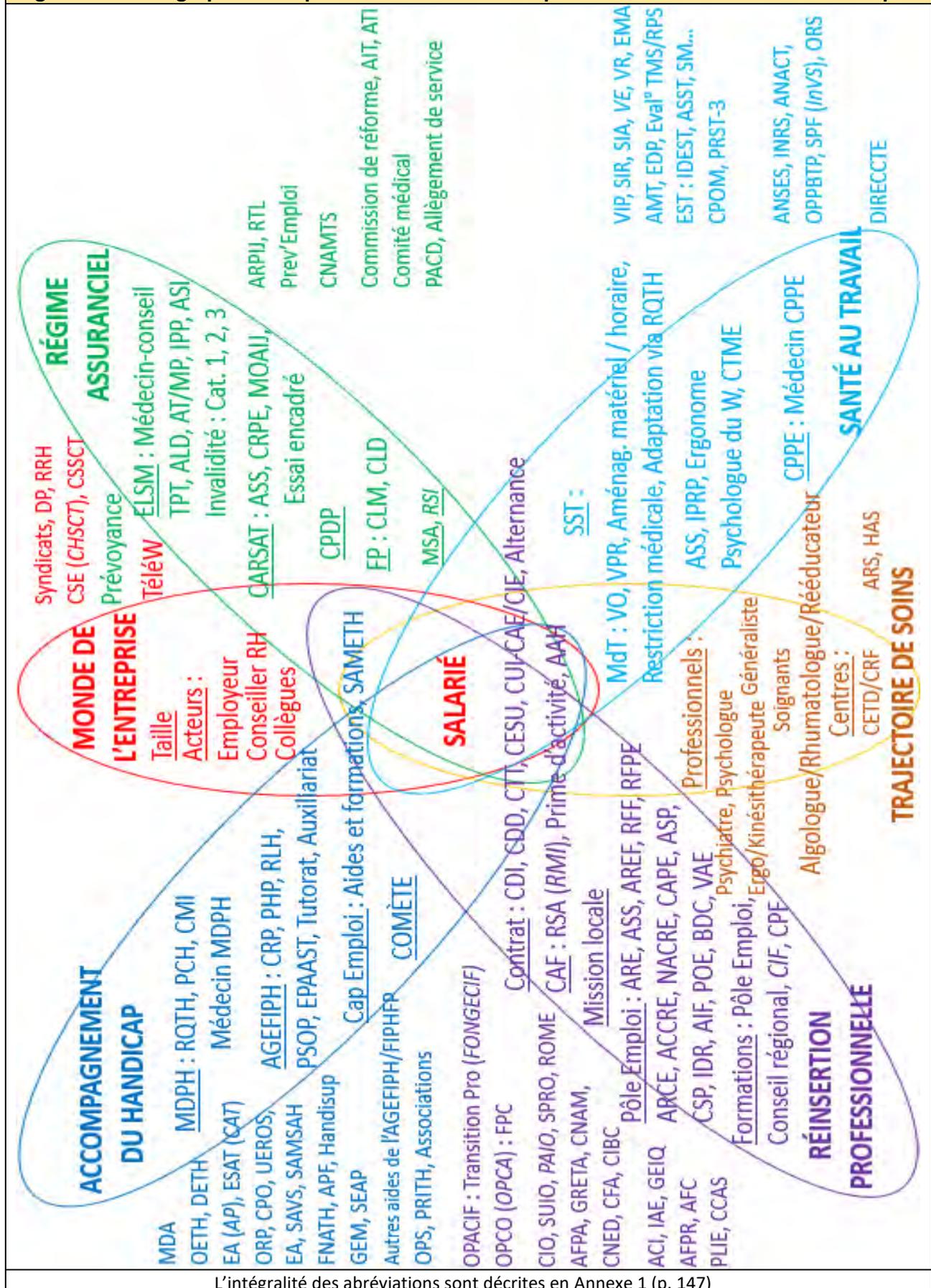
**Facteurs facilitant la réinsertion** : contacts sociaux, temps partiel, valeur accordée au travail, soutien de l'entourage ; sans différence entre FM/lombalgies ; n=20/20, CELENTANO *et al.* (2011) [397].

**Facteurs protecteurs de l'invalidité (Prestation sociale supplémentaire aux USA, 35%)** : qualité de vie (SF-36 Physique et Mental), études secondaires, mariage (p<0,03) ; (n=2321), WOLFE (2014) [400].

### 3.3.2. Cartographie des acteurs et dispositifs facilitant le retour au travail

Une cartographie complète semblant indisponible, nous nous limiterons à en esquisser les contours.

Figure 15 : Cartographie multipolaire des acteurs et dispositifs facilitant le maintien en emploi



L'intégralité des abréviations sont décrites en Annexe 1 (p. 147)

**La cartographie des acteurs facilitant le RTW est multipolaire** : outre les structures de la Trajectoire de soins et de la Santé au travail, les organismes du Régime assurantiel, de la Réinsertion professionnelle et de l'Accompagnement du handicap tiennent une place majeure, au côté du Monde de l'entreprise, avec le Salarié situé à l'interface, où se chevauche toutes ces constellations aux acteurs et outils distincts.

**Les organismes, acteurs et dispositifs placés au cœur des 6 pôles** sont ceux qui seront ici étudiés par questionnaires. Le cadre institutionnel, les autres principaux intervenants et outils cités dans la thèse sont postés au regard des pôles mobilisés pour faciliter le retour au travail. Il s'agit d'une cartographie conceptuelle qui servira de canevas à une cartographie fréquentielle (Cf. partie « Résultats », p. 120). Le comparatif entre carte conceptuelle et fréquentielle pourra donner une idée de l'écart, entre théorie et réalité des acteurs effectivement mobilisés par les répondants, dans les 2 ans post-filière de soins.

### 3.4. Hypothèse de recherche et objectif de l'étude

#### 1) Emergence de l'hypothèse

**Enigmatique et protéiforme**, le syndrome fibromyalgique semble multifactoriel et multidimensionnel. Créatif et fécond, le développement des soins a abouti à une prise en charge multiaxiale et multimodale. Complexe et difficile, le retour au travail nécessite l'intégration de paramètres et d'acteurs hétéroclites.

**Une problématique paraît cruciale à élucider**, pour aider les personnes présentant une fibromyalgie, face à cette constatation de la complexité que recèlent les éléments factuels précédemment exposés : comment accompagner le retour au travail des patients fibromyalgiques sévères en arrêt prolongé ?

**Une filière de soins originale** s'efforce de répondre à cette problématique du retour au travail : une hospitalisation séquentielle au CETD du CHU de Nantes, puis au CRF de Maubreuil, avec suivi du devenir.

**L'hypothèse de recherche** est que cette filière de soins constitue une prise en charge efficace, à la fois sur le plan des données cliniques (algologiques, fonctionnelles, psychologiques, pharmacologiques) et au niveau socioprofessionnel : vie sociale, utilisation des outils de MEE et retour au travail.

#### 2) Définition des objectifs de l'étude

**L'objectif général de l'étude** est de contribuer à mieux maîtriser les déterminants du RTW dans la FM. En effet, les publications scientifiques en la matière sont relativement rares, particulièrement en France. Toutefois, un précédent travail de recherche a été mené sur ce thème par GEORGETON (2011) [398].

**Les objectifs spécifiques** sont par conséquent en premier lieu de confirmer les résultats de cette étude, en augmentant l'effectif de la population étudiée, afin d'obtenir un gain de puissance statistique. Secondairement, le but est également d'affiner les éléments cliniques pris en compte : données anamnestiques, topographie des zones douloureuses, indices fonctionnels, niveau d'activité, quantification de la consommation médicamenteuse, stratégies de coping et éducation thérapeutique. Parallèlement, la cible visée est d'appréhender l'ensemble des facteurs prédictifs du retour au travail, afin d'établir la cartographie fréquentielle des acteurs et dispositifs de MEE réellement mobilisés. L'objectif ultime est de mieux comprendre les patients au travers des données qualitatives exprimées.

## II – Matériel et méthode

### 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective portant sur l'intégralité des patients atteints de FM hospitalisés dans la filière de soins CETD CHU de Nantes / CRF de Maubreuil entre 2005 et 2017, avec suivi sur 2 ans, puis enquête rétrospective récente (2020), avec étude observationnelle analytique des facteurs prédictifs du RTW et étude de données qualitatives avec analyse de contenu.

L'analyse des facteurs prédictifs repose sur la comparaison des groupes reprise et non reprise du travail. L'analyse de contenu des verbatims s'appuie sur une étude lexicographique par dendrogramme (avec classification hiérarchique descendante des lemmes) et sur un regroupement thématique multiaxial.

### 2. Population étudiée

L'inclusion a été réalisée en 2 temps : intégration des patients admis entre 2010 et 2017 répondant aux critères de l'étude de GEORGETON, puis ajout de la population antérieurement incluse (2005 à 2009).

#### 2.1. Critères d'inclusion

Les caractéristiques retenues sont identiques entre les 2 études :

- **Syndrome fibromyalgique** : évoluant depuis plus de 6 mois, respectant les critères de l'ACR 1990, ou les critères modifiés de 2010, ou enfin, ceux révisés de 2016.
- **Arrêt de travail prolongé** : depuis plus de 6 mois, mais depuis moins de 24 mois,
- **Douleurs chroniques irréductibles** : caractère rebelle des douleurs, malgré les prises en charge,
- **Trajectoire de soins** : patients hospitalisés entre 2005 et 2017, au CETD du CHU de Nantes puis au CRF de Maubreuil, en provenance du réseau de ville (médecins généralistes et spécialistes) ou du milieu hospitalier (Services d'Algologie, Rhumatologie, Neurologie, Médecine interne, SSR).

#### 2.2. Critères d'exclusion

Les caractéristiques suivantes ont conduit à l'exclusion de l'étude :

- **Statut d'inactif** : patients de moins de 18 ans, inactifs (étudiants, chômeurs de très longue durée, retraités, personnes au foyer ne recherchant pas d'emploi),
- **Statut d'actif sans problématique de RTW** : absence d'arrêt de travail.
- **Fibromyalgie secondaire** : n'ont pas été retenus les SPID sans diagnostic formel de FM, tous les RIC (Rhumatismes inflammatoires chroniques) ont été écartés, ainsi que les FM étiquetées « secondaires » (les FM primaires ou concomitantes à d'autres pathologies ont été conservées).
- **Trajectoire de soins hors filière** : hospitalisation au CRF antérieure à l'admission au CETD, hospitalisation au CRF non effective, délai supérieur à 12 mois entre les admissions aux Centres.

### 3. Choix des critères de jugement

#### 3.1. Critère principal : RTW (*Return to work*)

**Le RTW (retour au travail)** est un élément décisif pour évaluer l'efficacité de la prise en charge de la FM. Il s'agit de la fin de l'arrêt de travail complet prescrit, associée à une reprise d'activité professionnelle. Ainsi, le RTW ne correspond pas à la simple suspension de versement des IJ (indemnités journalières) : une reprise du travail à TPT (Temps partiel thérapeutique) sera considérée comme un RTW (avec IJ).

Le RTW n'est pas seulement un retour en activité : il s'agit d'une reprise de fonction à un poste de travail. Le RTW (en mois post-admission) est estimé au vu des observations médicales consignées dans le dossier hospitalier du CETD et des déclaratifs écrits ou oraux des patients, pour les corroborer ou les compléter.

**Le RTW se décline en plusieurs situations** : MEE/MDE (Maintien en/dans l'emploi)

- Reprise au même poste, au sein de la même entreprise : **maintien au poste** (MDE),
- Reprise sur un autre poste, dans la même entreprise : **reclassement interne** (MEE),
- Retour au même poste, au sein d'une autre entreprise : **maintien de l'activité** (MEE),
- Retour à un autre poste, dans une autre entreprise : **changement d'activité** (MEE).

**La pérennité du maintien professionnel est déterminante** : elle est évaluée systématiquement à 2 ans de l'inclusion (admission au CETD), la pérennité au jour de l'enquête (2020) sera également précisée.

#### 3.2. Critères secondaires : la qualité de vie (aux multiples composantes)

##### 3.2.1. Critères algologiques

La douleur étant une expérience sensori-émotionnelle subjective, il faut l'évaluer par un moyen fiable. **L'EVA Douleur** (Echelle visuelle analogique, de 0 à 10) est un outil de mesure standardisé et reproductible :

- 0 : Pas de douleur,
- 1 à 3 : douleur faible,
- 4 à 5 : douleur modérée,
- 6 à 7 : douleur forte,
- 8 à 10 : douleur insupportable ; EVA et EN sont recommandées par la HAS (2020) [407].

A noter que nous continuerons à employer le terme d'EVA qui est inscrit ainsi dans les dossiers, mais en sachant qu'il s'agit plutôt d'**EN** (Echelle numérique, étendue de 0 à 10, alors que l'EVA se note en mm).

**Le soulagement par les traitements** est également pris en compte (sous la forme d'un pourcentage).

##### 3.2.2. Critères fonctionnels

De multiples instruments métrologiques existent. Celui employé au CETD est un outil unidimensionnel. **L'EVA fonction** (de 0 à 10) permet d'apprécier le niveau de forme physique global par auto-évaluation.

### 3.2.3. Critères psychologiques

La sphère psychoaffective résulte de processus mentaux complexes, avec un retentissement thymique qui vient colorer le vécu des patients : de prime abord, il semble ardu de tout ramener à un simple score.

L'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression*) permet toutefois d'évaluer les affects anxio-dépressifs :

- Moins de 7 : absence de symptomatologie anxieuse et dépressive (Cf. Annexe 5, p. 159),
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse ; l'échelle HAD est recommandée par la HAS (2017) [120],
- Supérieur à 10 : symptomatologie certaine (anxiété et/ou dépression selon le sous-score sur 21).

### 3.2.4. Critères pharmacologiques

Les traitements DG (dépendogènes) sont multiples : de nombreux principes actifs sont potentiellement addictogènes (comme le tramadol) [152, 156], mais nous avons restreints les traitements dépendogènes aux opioïdes forts et benzodiazépines ou molécules apparentées, comme dans l'étude de 2011 [398].

L'administration de BZDn (benzodiazépines normodosées *strico sensu*) est également évaluée (0 ou 1).

Le MQS (*Medication quantification scale*) reflète la consommation médicamenteuse à visée antalgique. Nous nous sommes inspiré de la thèse de De CHAUVIGNY (2007) [408] qui utilise le QCM (Quantification de la consommation médicamenteuse) : version francisée du MQS-I de MASTERS (1992) [140].

Le calcul du MQS-I repose sur la détermination préalable de « l'indice de préjudice » et du niveau de dosage rattaché à chaque médicament.

L'indice de préjudice est attribué selon la classe pharmacologique :

- 1 : Antalgiques de palier 1,
- 2 : AINS (Anti-inflammatoires non stéroïdiens), AD (Anti-dépresseurs),
- 3 : Myorelaxants, Antispastiques,
- 4 : Antalgiques de palier 2, BZD (benzodiazépines), hypnotiques,
- 5 : Anti-épileptiques,
- 6 : Antalgiques de palier 3.

Le niveau de dosage est ensuite établi pour chaque médicament :

- 1<sup>er</sup> niveau : 1 prise par semaine,
- 2<sup>ème</sup> niveau : dose infra-thérapeutique,
- 3<sup>ème</sup> niveau : dose efficace minimale,
- 4<sup>ème</sup> niveau : dose efficace maximale,
- 5<sup>ème</sup> niveau : dose supra-thérapeutique.

La dose efficace maximale (*au-dessus de 50% de la marge thérapeutique* : intervalle entre dose supra- et infra-thérapeutique), a ici été établie selon les RCP (Résumés des caractéristiques du produit) [409], tout en conservant les valeurs retenues par De CHAUVIGNY, afin que les données restent comparables.

Les co-antalgiques pris en compte étant limités dans le MQS-I, nous avons également calculé le MQS-III conçu par HARDEN (2005) [141] et validé par GALLIZZI (2008) [142] qui intègre additionnellement avec un « *détriment weight* » : les anesthésiques locaux (1,1) ; antimigraineux antihypertenseurs (2,0) ; hypnotiques non BZD (3,1) ; AINS inhibiteurs de COX<sub>2</sub> (2,3) ; antipsychotiques (3,6) et stéroïdes (4,4).

La table de calcul pour les (co-)antalgiques utilisés dans la population étudiée est présentée ci-après.

Tableau 6 : Grille de calcul du MQS (de la pré-admission à la consultation à 2 ans)				
	Dose infra-thérapeutique	Dose efficace minimale	Dose efficace maximale	Dose supra-thérapeutique
<b>Antalgiques de palier 3</b>	<b>6 ; 3,7</b>	<b>12 ; 7,4</b>	<b>18 ; 11,1</b>	<b>24 ; 14,8</b>
<b>DUROGESIC</b> Fentanyl	12 µg/h/3j	25 à 50 µg/h/3j	75 à 100 µg/h/j	> 300 µg/j
<b>OXYCONTIN</b> Morphine	5 à 10 mg/j	20 à 40 mg/j	80 à 160 mg/j	Sans limite hors EI
<b>SKENAN</b> Morphine	1 à 20 mg/j	21 à 70 mg/j	71 à 120 mg/j	Sans limite hors EI
<b>SOPHIDONE</b> Hydromorphone	4 mg/j	8 à 16 mg/j	24 à 48 mg/j	<b>(Score x2)</b>
<b>Antalgiques de palier 2</b>	<b>4 ; 2,3</b>	<b>4 (Acupan 8-12) ; 4,6</b>	<b>8 (Acupan 14) ; 6,9</b>	<b>12 (Acupan 16) ; 9,2</b>
<b>ACUPAN</b> Néfopam	< 20 mg/j	20 à 90 mg/j	100 à 120 mg/j	> 120 mg/j
<b>CODOLIPRANE</b> Codéine, Paracétamol		2 à 4 cp/j	5 à 6 cp/j	> 6 cp/j
<b>CONTRAMAL</b> Tramadol	< 100 mg/j	100 à 150 mg/j	200 à 400 mg/j	> 400 mg/j
<b>DAFALGAN CODEINE</b> Codéine, Paracétamol		2 à 4 cp/j	5 à 6 cp/j	> 6 cp/j
<b>DI-ANTALVIC</b> DXP, Paracétamol	1 gél/j = 5 mg morphine	2 à 4 gél/j	5 à 6 gél/j	> 6 gél/j
<b>EFFERALGAN CODEINE</b> Codéine, Paracétamol		2 à 4 cp/j = 10 mg morphine	6 cp/j = 30 mg morphine	> 6 cp/j
<b>IXPRIM</b> Tramadol, Paracétamol	1 cp/j	2 à 4 cp/j	5 à 8 cp/j	> 8 cp/j
<b>IZALGI</b> Opium, Paracétamol	1 cp/j	2 cp/j	3 à 4 cp/j	> 4 gél/j
<b>KLIPAL</b> Codéine, Paracétamol	1 cp/j	2 à 4 cp/j	5 à 8 cp/j	> 8 cp/j
<b>LAMALINE</b> Poudre d'opium, Paracétamol, Caféine		3 à 5 gél/j	6 à 10 gél/j	> 10 gel/j
<b>MONOCRIXO</b> Tramadol	< 100 mg/j	100 à 150 mg/j	200 à 400 mg/j	> 400 mg/j
<b>MONOALGIC</b> Tramadol		100 mg/j	200 à 400 mg/j	> 400 mg/j
<b>OROZAMUDOL</b> Tramadol	< 100 mg/j	100 à 150 mg/j	200 à 400 mg/j	> 400 mg/j
<b>PROPOFAN</b> DXP, Paracétamol, Caféine		2 à 4 cp/j	5 à 6 cp/j	> 6 cp/j
<b>TOPALGIC</b> Tramadol	< 100 mg/j	100 à 150 mg/j	200 à 400 mg/j	> 400 mg/j
<b>ZALDIAR</b> Tramadol, Paracétamol	1 cp/j	2 à 4 cp/j	5 à 8 cp/j	> 8 cp/j
<b>Antalgiques de palier 1</b>	<b>1 ; 2,2</b>	<b>2 ; 4,4</b>	<b>3 ; 6,6</b>	<b>4 ; 8,8</b>
<b>DOLIPRANE</b> Paracétamol	< 1,5 g/j	1,5 à 3 g/j	3,5 à 4 g/j	> 4 g/j
<b>Corticoïdes</b>	<b>4,4</b>	<b>8,8</b>	<b>13,2</b>	<b>17,6</b>
<b>CORTANCYL</b> Prednisone	< 20 mg/j	20 mg/j	35 à 60 mg/j	> 60 mg/j
<b>AINS</b>	<b>2 ; 3,4 (COX2<sup>-</sup> 2,3)</b>	<b>4 ; 6,8 (COX2<sup>-</sup> 4,6)</b>	<b>6 ; 10,2 (COX2<sup>-</sup> 6,9)</b>	<b>8 ; 13,6 (COX2<sup>-</sup> 9,2)</b>
<b>BREXIN</b> Piroxicam	< 1 cp/j	1 cp/j		> 1 cp/j
<b>CELEBREX</b> Célécoxib	100 mg/j	200 mg/j	300 à 400 mg/j	> 400 mg/j
<b>NIFLURIL</b> Acide niflumique	< 750 mg/j	750 à 1000 mg/j	1250 à 1500 mg/g	> 1500 mg/j
<b>NUREFLEX</b> Ibuprofène	100 mg/j	200 à 600 mg/j	700 à 1200 mg/j	> 1200 mg/j
<b>PROFENID</b> Kétoprofène	< 150 mg/j	150 à 200 mg/j	300 mg/j	> 300 mg/j
<b>SPIFEN</b> Ibuprofène	100 mg/j	200 à 600 mg/j	700 à 1200 mg/j	> 1200 mg/j
<b>Anti-dépresseurs</b>	<b>2 ; IRS 1,7 ; ADT 2,3</b>	<b>4 ; IRS 3,4 ; ADT 4,6</b>	<b>6 ; IRS 5,1 ; ADT 6,9</b>	<b>8 ; IRS 6,8 ; ADT 9,2</b>
<b>ATHYMIL</b> Miansérine	< 30 mg/j	30 mg/j	60-90 mg/j	> 90 mg/j
<b>ANAFRANIL</b> Clomipramine	< 25 mg/j	25 à 150 mg/j	151 à 250 mg/j	> 250 mg/j
<b>CYMBALTA</b> Duloxétine	< 60 mg/j	60 mg/j	90 à 120 mg/j	> 120 mg/j
<b>DEROXAT</b> Paroxétine	< 20 mg/j	20 à 40 mg/j	50 à 60 mg/j	> 60 mg/j
<b>EFFEXOR</b> Venlafaxine	< 75 mg/j	75 à 187,5 mg/j	225 à 375 mg/j	> 375 mg/j
<b>FLOXYFRAL</b> Fluvoxamine	< 100 mg/j	100 à 200 mg/j	225 à 300 mg/j	> 300 mg/j
<b>IXEL</b> Milnacipran	< 25 mg/j	25 à 50 mg/j	75 à 100 mg/j	> 100 mg/j
<b>LAROXYL</b> Amitriptyline	< 50 mg/j	50 à 150 mg/j	151 à 300 mg/j	> 300 mg/j
<b>NORSET</b> Mirtazapine	< 15 mg/j	15 à 30 mg/j	30 à 45 mg/j	> 45 mg/j
<b>PROZAC</b> Fluoxétine	< 20 mg/j	20 à 39 mg/j	40 à 60 mg/j	> 60 mg/j
<b>SEROPLEX</b> Escitalopram	5 mg/j	10 à 15 mg/j	20 mg/j	> 20 mg/j
<b>STABLON</b> Tianeptine	< 12,5 mg/j	12,5 à 25 mg/j	26 à 37,5 mg/j	> 37,5 mg/j
<b>VIVALAN</b> Viloxazine	100 mg/j	200 à 400 mg/j	500 à 600 mg/j	> 600 mg/j
<b>ZOLOFT</b> Sertraline	< 50 mg/j	50 à 100 mg/j	125 à 200 mg/j	> 200 mg/j

	Dose Infra-thér.	Dose Eff. Min.	Dose Eff. Max.	Dose Supra-thér.
<b>Anti-épileptiques GABAe</b>	<b>5 ; 1,9</b>	<b>10 ; 3,8</b>	<b>15 ; 5,7</b>	<b>20 ; 7,6</b>
EPITOMAX Topiramate	< 50 mg/j	50 à 100 mg/j	105 à 200 mg/j	> 200 mg/j
LYRICA Prégabaline	< 150 mg/j	150 à 300 mg/j	301 à 600 mg/j	601 à 1200 mg/j
NEURONTIN Gabapentine	300 à 600 mg/j	800 à 900 mg/j	1200 à 3600 mg/j	> 3600 mg/j
<b>Anesthésiques locaux</b>	<b>1,1</b>	<b>2,2</b>	<b>3,3</b>	<b>4,4</b>
VERSATIS Lidocaïne	< 1 emplâtre / j	1 emplâtre / j	2 emplâtres / j	> 3 emplâtres / j
<b>Anxiolytiques BZD</b>	<b>3 ; 3,9</b>	<b>6 ; 7,8</b>	<b>9 ; 11,7</b>	<b>12 ; 15,6</b>
LEXOMIL Bromazépam	< ½ cp/j	½ à 2 cp/j	3 à 6 cp/j	> 6 cp/j
LYSANXIA Prazépam	< 10 mg/j	10 à 30 mg/j	40 à 60 mg/j	> 60 mg/j
PRAZEPAM Prazépam	< 10 mg/j	10 à 30 mg/j	40 à 60 mg/j	> 60 mg/j
RIVOTRIL Clonazépam	< 0,5 mg/j (< 5 Gtt)	0,5-4 mg/j (5-40 Gtt)	4-8 mg/j (40-80 Gtt)	> 8mg/j (> 80 Gtt)
SERESTA Oxazépam	< 20 mg/j	20 à 150 mg/j	151 à 200 mg/j	> 200 mg/j
TEMESTA Lorazépam	< 2 mg/j	2 à 4 mg/j	4,5 à 7,5 mg/j	> 7,5 mg/j
TRANXENE Clorazépatate	< 20 mg/j	20 à 55 mg/j	60 à 90 mg/j	90 mg/j
XANAX Alprazolam	0,25 à 0,5 mg/j	0,75 à 2 mg/j	2,25 à 4 mg/j	> 4 mg/j
<b>Hypnotiques BZD, Carbamate</b>	<b>4 ; 3,1 (BZD 3,9)</b>	<b>8 ; 6,2 (BZD 7,8)</b>	<b>12 ; 9,3 (BZD 11,7)</b>	<b>16 ; 12,4 (BZD 15,6)</b>
IMOVANE Zopiclone	< 3,75 mg/j	3,75 à 7,5 mg/j	15 mg/j	> 15mg/j
MEPRONIZINE Méprobamate	½ cp/j	1 cp/j		> 1 cp/j
NOCTRAN Clorazépatate	½ cp/j	½ à 1 cp/j	2 cp/j	> 2 cp/j
NOCTAMIDE Lormétazépam	0,5 mg/j	1 mg/j	1,5 à 2 mg/j	> 2 mg/j
NORMISON Témazépam	< 10 mg/j	10 mg/j		> 20 mg/j
STILNOX Zolpidem	> 5 mg/j	5 à 10 mg/j	20 mg/j	> 20 mg/j
<b>Hypnotiques anti-H1</b>	<b>3,1</b>	<b>6,2</b>	<b>9,3</b>	<b>12,4</b>
ATARAX Hydroxysine	< 50 mg/j	50 à 75 mg/j	87,5 à 100 mg/j	> 100 mg/j
DONORMYL Doxylamine	< 7,5 mg/j	7,5 à 15 mg/j	22,5 à 30 mg/j	> 30 mg/j
<b>Myorelaxants (Lato sensu)</b>	<b>3 ; NDP 2,2 ; DP 3,8</b>	<b>6 ; NDP 4,4 ; DP 7,6</b>	<b>9 ; NDP 6,6 ; DP 11,4</b>	<b>12 ; NDP 8,8 ; DP 15,2</b>
ATEPADENE ATP	1 gél/j	2 gél/j	3 gél/j	> 3 gél/j
LIORESAL Baclofène	< 15 mg/j	15 à 60 mg/j	30 à 45 mg/j	> 45 mg/j
MIOREL Thiocolchicoside	< 2 cp/j	2 à 3 cp/j	4 cp/j	> 4 cp/j
MYOLASTAN Tétrazépam	< 50 mg/j	50 à 100 mg/j	101 à 150 mg/j	> 150 mg/j
SIFROL Pramipexole	< 0,264 mg/j	0,264 à 1,76 mg/j	1,848 à 3,3 mg/j	> 3,3 mg/j
UTEPLEX Acide uridine triphosphorique	< 3 Amp/j	3 Amp/j		> 3 Amp/j
<b>Anti-migraineux Anti-HTA</b>	<b>2,0</b>	<b>4,0</b>	<b>6,0</b>	<b>8,0</b>
AVLOCARDYL Propranolol	< 40 mg/j	40 à 120 mg/j	160 à 320 mg/j	> 320 mg/j
<b>Anti-migraineux Autres</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ALMOGRAN Almotriptan		1 cp/j	2 cp/j	> 2 cp/j
IMIJECT Sumatriptan		1 Injection SC/j	2 injections SC/j	> 2 Injections SC/j
MAXALT Rizatriptan	5 mg/j	10 mg/j	15 à 20 mg/j	> 20 mg/j
RELPAZ Elétriptan	20 mg/j	40 mg/j	60 à 80 mg/j	> 80 mg/j
SIBELIUM Flunarizine		5 mg/j	10 mg/j	> 10 mg/j
ZOMIG Solmitriptan		1 cp/j	2 à 4 cp/j	> 4 cp/j
<b>Neuroleptiques</b>	<b>3,6</b>	<b>7,2</b>	<b>10,8</b>	<b>14,4</b>
DOGMATIL Sulpiride	< 200 mg/j	200 à 600 mg/j	700 à 1000 mg/j	1000 mg/j
TERCIAN Cyamémazine	< 50 mg/j	50 à 300 mg/j	325 à 600 mg/j	> 600 mg/j
TIAPRIDAL Tiapride	< 200 mg/j	200 à 300 mg/j	400 à 800 mg/j	> 800 mg/j
<b>Anti-5-HT3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ZOPHREN Ondansétron	4 mg/j	8 à 16 mg/j	20 à 32 mg/j	> 32 mg/j

**AINS** : Anti-inflammatoires non stéroïdiens ; **IRS** : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine ; **GABAe** : Gabaergique  
**ADT** : Antidépresseur tricyclique ; **BZD** : Benzodiazépines ; **Anti-H1 / 5-HT3** : Antagonistes des récepteurs H1 / 5-HT3  
**DXP** : Dextropropoxyphène ; **EI** : Effets indésirables ; **(N)DP** : (Non) Dependency Producing ; **ATP** : Adénosine triphosphate  
**En rouge** : Score MQS-I ; **En vert** : Score MQS-III ; **En bleu** : Sans MQS ; **En italique** : Médicament retiré du marché

### 3.2.5. Critères qualitatifs

Le **QCD** (Questionnaire concis sur les douleurs) est un instrument largement utilisé au CETD, nous l'avons donc adopté en tant qu'indice multidimensionnel des répercussions de la FM dans la vie quotidienne. Cette échelle étudie le retentissement des douleurs sur la qualité de vie, au prisme de 7 dimensions :

- **EVA Activité générale,**
- **EVA Humeur,**
- **EVA Capacité à marcher,**
- **EVA Travail habituel** (activité professionnelle et travaux domestiques ou extérieurs à la maison),
- **EVA Relations avec les autres,**
- **EVA Sommeil,**
- **EVA Goût de vivre,** Cf. Annexe 3 p. 155.

L'**EVA Fatigue** a également été retenue comme critère de qualité de vie (cotée également de 0 à 10).

### 3.2.6. Critères socioprofessionnels

Indépendamment du RTW qui constitue le critère de jugement principal, d'autres données socioprofessionnelles ont été considérées comme des critères secondaires, en particulier les interventions de MDE/MEE du médecin du travail, du médecin de la MDPH et du médecin-conseil :

- **Adaptation quantitative** (absence ou présence d'aménagement horaire ou de TPT),
- **Adaptation qualitative** (aménagement matériel, restriction médicale, modification du poste),
- **RQTH** (absence ou présence de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé),
- **Invalidité** (absence ou catégories 1 à 3)

## 4. Etudes des facteurs prédictifs du retour au travail

Les données prises en considération sont celles issues des dossiers médicaux du CHU de Nantes (électroniques et papiers), ainsi que les données acquises via la passation d'un questionnaire en 2020. Les données cliniques ont exclusivement été extraites des comptes-rendus du CETD : consultation de pré-admission, compte-rendu d'hospitalisation, consultations de suivi lors des périodes à 1 an et à 2 ans.

Les facteurs susceptibles de prédire le RTW étant potentiellement fort nombreux, nous avons regroupé les covariables étudiées en facteurs cliniques (algologiques, anamnestiques, fonctionnels, qualitatifs, psychologiques, pharmacologiques, éducatifs) et socioprofessionnels (travail, activités sociales). Majoritairement, les facteurs prédictifs étudiés concernent les données recueillies à l'admission, avec parfois possibilité de prendre en compte les évaluations de sortie et de suivi à 1 an, ainsi qu'à 2 ans.

### 1) Facteurs algologiques :

L'**EVA Douleur** a été étudiée comme facteur prédictif potentiel de RTW, ainsi que les variables suivantes :

- **Durées des douleurs préadmission** (années) : entre douleur chronique initiale et diagnostic,
- **Délai diagnostique après diffusion** (années) : entre généralisation des douleurs et diagnostic,
- **DN4 (sur 4)** : douleurs neuropathiques (sensation de brûlure, froid douloureux...) Cf. Annexe 3,
- **NZD (sur 18)** : nombre de zones douloureuses axiales à l'admission (céphalées, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies) et périphériques unilatérales (omalgies, épicondylalgies, algies des poignets/mains, radiculaire, coxalgies, gonalgies, algies des chevilles et des pieds).
- **TENS** : efficacité (en pourcentage) et post-effet (en minutes), renseignés à l'évaluation de sortie.

## 2) Facteurs anamnestiques :

**Facteurs anamnestiques généraux :** données quantitatives (obtenues par dénombrement)

- **Nombres d'antécédents :** intégralité des antécédents mentionnés dans les comptes-rendus,
- **Comorbidités douloureuses :** pathologies pourvoyeuses de douleur (tendinopathies...),
- **Accidentologie :** accident de la voie publique, traumatismes physiques fracturaires...,
- **Comorbidités gynécologiques :** kyste ovarien, fibrome utérin, hystérectomie...
- **Comorbidités endocriniennes :** hypothyroïdie, goître, diabète...
- **Comorbidités somatiques autres :** hypertension artérielle, appendicectomie...,
- **Comorbidités psychiques :** épisodes dépressif, agoraphobie, « burn out »...,
- **Antécédents familiaux :** mère fibromyalgique, parent hémiparalysé...

**Facteurs anamnestiques spécifiques :** issus des antécédents généraux prévalents (proportions)

- **TMS (Troubles musculosquelettiques) :** syndrome du canal carpien, tendinopathie de la coiffe...,
- **Polyarthrose (multifocale  $\geq 4$  localisations),**
- **Algies post-chirurgicales :** SDRC post-opératoire (Syndrome douloureux régional complexe)...
- **Antécédents chirurgicaux,**
- **Hystérectomie,**
- **$\Psi$ Tr (Psychotraumatismes) :** inceste, abus sexuel, violence conjugale...,
- **Douleurs chroniques intra-familiales :** parents avec un syndrome d'Ehlers-Danlos, ou une SAA...

## 3) Facteurs fonctionnels :

En complément de l'EVA fonction, des facteurs prédictifs potentiels suivants ont été intégrés :

- **Score ACR (sur 18) :** selon les critères de l'*American College of Rheumatology* (1990),
- **Score WPI (sur 19) :** indice de douleurs généralisées, Cf. Annexe 2, p. 154,
- **Score SSS (sur 12) :** sévérité des symptômes (fatigue, troubles du sommeil, cognitifs et somatiques),
- **Indice IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) :** indice de masse corporelle (surcharge pondérale si  $\geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ),
- **PdM (Périmètre de marche) :** distance parcourue (en mètres) sans exacerbation douloureuse,
- **DDS (Distance doigts-sols) :** distance (en cm) reflétant l'enraidissement des chaînes postérieures,
- **Indice de Schober :** distance L5 + 10 cm au-dessus + écart en flexion (raideur rachidienne si  $< 10+4$  cm),
- **Pratique sportive :** selon les déclarations émises par le patient à l'admission,
- **Séances de kinésithérapies :** signalées comme en cours, dans le mois qui précède l'admission,
- **Activité physique :** marche régulière, ou pratique sportive, ou kinésithérapie active.

## 4) Facteurs qualitatifs :

En sus du QCD et de l'EVA Fatigue, d'autres facteurs ont été incorporés pour évaluer la qualité de vie :

- **FIQ (sur 100) :** largement employé dans la littérature [89 à 91], plus rarement au CETD (p. 160),
- **Echelle EIFEL (sur 24) :** échelle d'incapacité fonctionnelle utilisée chez les lombalgiques (p. 160),
- **FABQ Physique (sur 24) :** sur l'appréhension/évitement, 1 item sur 5 non compté (p. 161),
- **FABQ Professionnel (sur 42) :** calcul des 11 items notés sur 6, mais 7 items pour le score global,
  - **T1 :** *La douleur est provoquée par mon travail,*
  - **T2 :** *Mon travail a aggravé ma douleur,*
  - **T3 :** *J'ai droit à une indemnisation,*
  - **T4 :** *Mon travail est trop dur pour moi,*
  - **T5 :** *Le travail augmente ma douleur,*
  - **T6 :** *Le travail pourrait abîmer mon dos,*
  - **T7 :** *Je ne devrais pas faire mon travail,*
  - **T8 :** *Je ne peux travailler avec ma douleur,*
  - **T9 :** *Je ne peux travailler avant traitement,*
  - **T10 :** *Je ne pourrai reprendre avant 3 mois,*
  - **T11 :** *Je ne pourrai pas reprendre un jour.*

## 5) Facteurs psychologiques :

Au-delà des échelles HAD Anxiété et Dépression, les covariables suivantes ont été prises en compte :

- **Troubles anxieux et troubles dépressifs** : diagnostics mentionnés dans les comptes-rendus,
- **Suivi psychiatrique** : par un psychiatre libéral ou en CMP (Centre médico-psychologique),
- **CSQ** (sur 228) : questionnaire sur les stratégies de coping, avec 9 stratégies évaluées (**EV**, Evitement, sur 24 ; **RE**, Réinterprétation des sensations douloureuses, sur 24 ; **AE**, Auto-encouragement, sur 24 ; **D**, Dénier, sur 24 ; **C**, Catastrophisme, sur 24 ; **AC**, Activité comportementale, sur 20, **SS**, Soutien social, sur 40 ; **TT**, Thérapeutiques, sur 24), Cf. Annexe 9.

## 6) Facteurs addictologiques et pharmacologiques : détail des calculs en Annexe 12, p. 180

En complément des facteurs DG, BZDn et MQS-I, les variables suivantes ont été analysées :

- **Pharmacodépendance** : dépendance aux médicaments identifiée dans le dossier médical,
- **Addictions** : toxicomanie, pharmacodépendance, abus médicamenteux, addictions comportementales (aux jeux vidéo), alcoolodépendance, dépendance au tabac et au cannabis.

## 7) Facteurs éducatifs : Cf. Annexe 10, p. 164

Les items suivants ont été étudiés : **ETP** (Education thérapeutique) avant (**S-1**) et après (**S+1**) séance :

- **ETP1** : « *Je comprends le rôle de chaque médicament* »,
- **ETP2** : « *Je sais quel(s) médicaments prendre et à quel moment* »,
- **ETP3** : « *Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires* »,
- **ETP4** : « *Je pense que le traitement pourra faire disparaître mes douleurs* »,
- **ETP5** : « *J'ai trouvé des solutions autres que le médicaments pour gérer les pics douloureux* »,
- **ETP6** : « *Je pense que je fais des écarts, des erreurs avec mon traitement* »,
- **ETP7** : « *J'ai une appréhension à prendre mon traitement* »,
- **ETP8** : « *J'assume le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage* »,
- **ETP9** : « *J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours* »,
- **ETP10** : « *J'ai conscience de l'importance de mon traitement* ».

## 8) Facteurs socioprofessionnels :

En plus des facteurs socioprofessionnels précités, les données socio-démographiques et les déterminants professionnels suivants ont été étudiés à partir des dossiers médicaux :

- **Age** (à l'admission au CETD), **Sexe**, **Nombre d'enfants**,
- **Statut marital** : mariage, concubinage, divorce, séparation, veuvage, célibat,
- **Taille de la ville** : nombre d'habitants selon le dernier recensement de l'INSEE,
- **Durée de l'arrêt de travail** (en mois),
- **Niveau d'étude** (avec ou sans obtention du baccalauréat),
- **PCS** (6 groupes de Professions et de catégories socioprofessionnelles) : agriculteurs, artisans,...
- **Ancienneté au poste** (en années),
- **Taille de l'entreprise** : effectif inférieur à 10, compris entre 10 et 50, supérieur à 50,
- **Secteur d'activité** (administratif, soins et service à la personne, industriel, restauration...),
- **Intervention du MdT** : dans l'année qui précède l'admission, selon les comptes-rendus,
- **Consultation CPPE** : dans les 1 an post-admission, selon les dossiers papiers.

Afin de compléter les données socioprofessionnelles non accessibles sur la base des dossiers, d'autres facteurs liés au retour au travail ont été évalués via la passation de questionnaires dédiés.

## 5. Co-construction du questionnaire

Comme évoqué précédemment, les outils du maintien en/dans l'emploi sont abondants mais méconnus. Aussi, nous avons cherché à investiguer les outils utiles couramment mobilisés pour favoriser le RTW, sur la base de nos expériences de stages en SST, à la lumière des enseignements universitaires dispensés (DES de Médecine du Travail de Nantes et DU d'Ergonomie d'Angers, Option Maintien en Emploi).

Le questionnaire a ainsi été entièrement co-construit avec mon co-interne François LEGER, puis présenté à nos Maîtres et à la référente de la Cellule maintien dans l'emploi d'un SST Nantais, afin de ne retenir que les éléments indispensables, compte tenu du format nécessairement limité du questionnaire.

Le questionnaire est centré sur le parcours professionnel dans les 2 ans post-admission au CETD.

### 1) Le questionnaire affine le niveau de précision des données socio-professionnelles :

- **Niveau d'étude** : niveaux 1 à 8 de l'INSEE (de la 3<sup>ème</sup> au Doctorat),
- **Régime assurantiel** : RG, FP, MSA, RSI, Régimes spéciaux, chômage,
- **Contrat de travail** : CDI, CDD, CTT, CESU, CUI, alternance,
- **Taille de l'entreprise** : moins de 10, moins de 50, moins de 250, moins de 5000 et plus de 5000,
- **Statut assurantiel en cas de non reprise** : maladie ordinaire, arrêt en accident de travail,...
- **Modalité de la fin du contrat de travail** : inaptitude à un poste, rupture conventionnelle,...
- **Délai du retour au travail** (en mois),
- **Adaptation du temps de travail** (temps plein, temps partiel),
- **Contrat de reprise**,
- **Durée de l'emploi** (en mois) : comptabilisée en avril 2020,
- **Proportion d'emplois encore pérennes en 2020**,
- **Aménagements matériels** : ergonomie bureautique, industrielle, scolaire, hospitalière,
- **Modalité de RTW** : maintien au poste, reclassement interne, maintien/changement d'activité.

### 2) Le questionnaire aborde certains déterminants des RPS / TMS : données subjectives avant admission

- **Vécu au travail** :
  - *L'ambiance de travail est mauvaise,*
  - *On me laisse peu d'autonomie,*
  - *J'ai peu de marge de manœuvre,*
  - *On ne me permet pas de développer mes compétences,*
  - *On m'en demande trop,*
  - *On ne m'aide pas,*
  - *On m'impose tout,*
  - *On ne me récompense pas assez,*
  - *On ne reconnaît pas la valeur de mon travail,*
  - *On m'empêche de faire un travail de qualité,*
  - *L'organisation du collectif est dégradée,*
  - *Mes conditions de travail sont stressantes,*
  - *Il existe un conflit avec la hiérarchie,*
  - *Il persiste des tensions avec les collègues ;*
- **Pénibilité du travail** :
  - *Poste non adapté, non aménagé,*
  - *Travail physique dur,*
  - *Port de charges lourdes (plus de 25 kg),*
  - *Vibrations (chariot élévateur, clé à choc...),*
  - *Postures pénibles (penchée, accroupie...),*
  - *Travail répétitif (plus de 30 gestes / minutes),*
  - *Travail de nuit (entre 21h et 6 h, > 270 h/an),*
  - *Horaires alternés (2x8 ou 3x8),*
  - *Milieu de travail froid, chaud, hyperbare,*
  - *Risque chimique.*

### 3) Le questionnaire interroge sur des données subjectives dans les 2 ans post-admission :

- **Origine de l'aide dans les démarches** : entourage, collègue, employeur, CETD/CRF,...
- **Problèmes impactant sur le RTW** : difficulté de santé, baisse de revenu, manque de formation,...
- **Niveau de satisfaction** : avant et après la reprise.

#### 4) Le questionnaire approfondit les modalités de préparation de la reprise :

- **Rencontre médicale préalable** : généraliste, MdT, médecin de la CPAM, MDPH, du CETD, CPPE,...
- **Préparation avec un intervenant** : conseiller de Pôle / Cap Emploi, ASS de la CARSAT, IPRP,...
- **Visite médicale préparatoire en SST** : visite de reprise, de préreprise, occasionnelle,...
- **Adaptation du poste** : aménagement horaire/matériel, TPT, restriction médicale,...
- **Activité socialisante** : pratique sportive à plusieurs, vie associative,...

#### 5) Le questionnaire précise les outils de MEE mobilisés (Maintien en emploi) :

- **Aides liées à la situation de handicap** : RQTH, AAH, PCH, CMI,
- **Aides par des organismes de MEE** : SST, Cap Emploi, Conseil régional, MDPH, CARSAT,...
- **Aides par un dispositif de MEE** : BDC, VAE, CIF, CRP, CRPE, MOAIJ, CTME, CPDP, PHP, RLH,...

#### 6) Le questionnaire récapitule les aides financières mises en place :

- **Aides de l'Assurance maladie** : ALD, indemnisation des AT/MP, IPP, pension d'invalidité, ASI,
- **Aides de la CAF** : RSA, prime d'activité,
- **Aides de Pôle Emploi** : ARE, ASS, AREF, RFF, RFPE, ARCE/ACCRES/NACRE/CAPE, ASP, CSP, IDR,...

#### 7) Le questionnaire permet une évaluation rétrospective de la filière de soins :

La psychométrie des avis est objectivée par échelles de LIKERT à 5 items (degré d'accord/désaccord)

- **Aide apportée par le CETD/CRF** : sur la pathologie, sur le plan professionnel,
- **Degré de satisfaction de la prise en charge** : médicale, fonctionnelle, psychocorporelle,...
- **Prise en compte du projet professionnel par le CETD/CRF** : améliorations à envisager,
- **Points à améliorer dans la préparation du RTW** : informations, ateliers, intervention du MdT,...

#### 8) Le questionnaire ouvre des perspectives :

- **Situations actuelle** : activité professionnelle, retraite, inactivité en raison de la fibromyalgie,...
- **Remarques et compléments d'information** : données qualitatives exprimées spontanément.

## 6. Respect des principes éthiques

L'élaboration du design de l'étude a été ponctuée de rencontres avec les référents de diverses instances, afin de respecter les bonnes pratiques de recherche clinique, après consultation des services suivants :

- **RSSI** : Responsable de la sécurité du système d'informations,
- **SEME** : Service d'évaluation médicale et d'épidémiologie,
- **EriC** : Unité évaluation médicale et risques cliniques,
- **DRCI** : Direction de la recherche clinique et de l'innovation,
- **GNEDS** : Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé.

La présente étude est régie par des règles strictes et bien codifiées, issues d'un cadre législatif évolutif :

- **Loi « Informatique et Liberté »** du 06/01/78 portant sur la protection des données personnelles,
- **Loi Jardé 2012-300** du 5 mars 2012, relative aux recherches impliquant la personne humaine,
- **RGPD** (Règlement général sur la protection des données) du 27/04/16, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et de la libre circulation des données,
- **Article L1121-1 du code de la santé publique**, sur la recherche impliquant la personne humaine, modifié par l'ordonnance 2016-800 du 16/06/16 [410], complétée par le décret 2016-1537 du 16/11/16, ainsi que les arrêtés d'application du 02/12/16 et du 03/05/17.

**Le questionnaire s'inscrit dans le cadre d'une recherche monocentrique sur données rétrospectives :** il ne s'agit pas d'une recherche impliquant la personne humaine, au sens réglementaire du terme. Elle ne relève donc pas des RNI (Recherches non interventionnelles), mais des recherches hors loi Jardé. Le questionnaire aborde des éléments à caractère non sensible (pas d'éléments biomédicaux, mais recueil de données socioprofessionnelles), il n'appelle donc pas l'autorisation de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés), ni l'avis du CPP (Comité de protection des personnes).

**La passation du questionnaire a notamment respecté les points suivants :**

- **Confidentialité** : attribution d'un numéro d'anonymat, tableau codé (grille de correspondance),
- **Sécurité** : hébergement des données sur un serveur du CHU (accès restreint par mot de passe), absence de question permettant d'identifier le patient, aucune donnée clinique n'est abordée,
- **Consentement** : accord oral et/ou acceptation numériquement validée par le patient,
- **Transparence** : finalité et modalités de l'étude explicitées oralement et par note d'information, adressée sous pli postal ou par courriel personnel, à la convenance du patient,
- **Traçabilité** : note d'information versée au dossier, possibilité de recevoir les résultats de l'étude (sur demande auprès de l'investigateur), enregistrement de l'étude au registre RGPD du CHU et respect de la déclaration CNIL MR 04 « *Etudes et évaluations dans le domaine de la santé* » [411].

**Le questionnaire a été validé sur le plan méthodologique et éthique :**

- **Conformité méthodologique** aux recommandations de bonnes pratiques validée par la DRCI,
- **Pertinence éthique** de l'étude approuvée par le comité d'éthique local : Cf. avis favorable du GNEDS en Annexe 11, avec note d'information au patient et trame du questionnaire (p. 165).

## 7. Considérations médico-économiques

Afin d'envisager une étude des caractéristiques médico-économiques de la filière de soins et des autres prises en charge (CETD ou CRF), des réunions préparatoires ont eu lieu avec les référents de 2 services :

- **Cellule Innovation du CHU de Nantes**, dédiée à l'élaboration de recherche médico-économique,
- **Direction régionale du Service médical des Pays de la Loire**, rattachée à l'Assurance maladie.

**L'échange avec l'économiste de la santé** a permis de mettre l'accent sur les points suivants :

- **Principe d'une étude du rapport coût-efficacité** de la filière de soins :  
$$\frac{C}{E} = \frac{C(\text{CETD, CRF}) - C(\text{sans CETD, CRF})}{E(\text{CETD, CRF}) - E(\text{sans CETD, CRF})}$$
- **Calcul des QALY** : années de vie pondérées par la qualité (avec ajustement sur la santé, Cf. p 48),
- **Mapping** : algorithme de conversion d'une échelle de qualité de vie en score d'utilité.
- **Nécessité de lancer une recherche complexe** : incompatible avec le format restreint de la thèse.

**La série de rencontres avec les médecins-conseil** a permis de mettre en lumière les éléments suivants :

- **Principe d'une extraction des données du SNDS** (Système national des données de santé) :
  - o Appariement des données du SNIIRAM : nécessite l'accord de la CNIL et du CERES (Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé), via un processus décrit comme long et aux résultats incertains,
  - o Données anonymes interrégimes du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) : interrogeables sur 3 ans, via l'ELSM (Echelon local du Service médical),
  - o Données agrégées des coûts directs et indirects : IJ, postes de consommations (soins, médicaments, transports sanitaires, examens paramédicaux, consultations...).

- **Éléments préalables au lancement éventuel d'une étude sur les données interrégimes :**
  - o Transposition informatique des critères d'inclusion et d'exclusion,
  - o Prise en compte des codages : diagnostic CIM-10 de fibromyalgie (M 79.70 à 79.79), RUM (Résumé d'unité médicale), identification des centres (antidouleurs et SSR locomoteur), via le numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux).

**Une exploration préparatoire a été menée par l'analyste des bases de données de l'ELSM** : l'extraction sera présentée dans la partie Résultats (p. 108) pour cette étude préliminaire qui s'est arrêtée à ce stade.

## 8. Recueil de données

**Les données cliniques** ont été recueillies à partir du dossier médical (électronique et papier) du CETD : comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations (préadmission, suivi à 1 an, à 2 ans et ultérieures). L'accès à l'ensemble des dossiers papiers a permis de compléter les données manquantes, en particulier les résultats des échelles QCD et EIFEL, ainsi que les questionnaires FIQ, FABQ, CSQ et entretiens CPPE.

**Le critère de jugement principal** a été obtenu par l'analyse des dossiers, avec renseignement de l'intégralité des données manquantes, via la passation d'un entretien téléphonique systématique.

**Les données socio-démographiques et professionnelles ne rentrant pas dans l'étude comparative** (des groupes reprise/non reprise) ont été colligées en agrégeant les éléments des dossiers et questionnaires, afin de compléter et affiner les données (maintien en activité, aménagements...).

**Les données socioprofessionnelles ont été approfondies par la passation de questionnaires :**

- Entretien téléphonique pour expliciter le déroulement du questionnaire informatique,
- Auto-questionnaire électronique systématiquement proposé :
  - o Envoi d'un mail explicatif, avec copie de la note d'information en pièce-jointe,
  - o Envoi de 2 liens hypertextes par courriel, pour se connecter au serveur Sphinx du CHU de Nantes, en utilisant un numéro d'anonymat,
  - o Auto-remplissage du questionnaire (décomposé en questionnaire principal et complémentaire, afin de permettre au patient de faire une pause intercalaire) : ce questionnaire comporte des menus déroulants et des chapitres apparaissant en fonction des réponses (différenciant les groupes reprise et non reprise),
  - o Envoi d'un mail de remerciement,
- Passation téléphonique du questionnaire (pour les patients ne maîtrisant pas les supports numériques ou préférant fortement répondre par téléphone) :
  - o Utilisation d'une trame préimprimée (Cf. Annexe 11), complétée par l'investigateur (p. 168) selon les réponses téléphoniques des patients,
  - o Verbatims retranscrits *in extenso* par papier-crayon (hormis les données cliniques et les thématiques spontanément abordées qui ne relevaient pas de la présente étude),
  - o Envoi d'un courriel d'explication et de congratulation, avec la note d'information (adressée sous pli postal, pour les patients qui le souhaitent).
  - o Report des données collectées sur le serveur sécurisé Sphinx.

## 9. Analyse statistique

L'analyse descriptive des données a été effectuée ainsi :

- Variables quantitatives : indicateurs de position (moyenne) et de dispersion (écart-type),
- Variables qualitatives : dénombrement des effectifs et calcul des proportions (pourcentages).

L'analyse inférentielle permettant l'étude comparative des groupes reprise et non reprise a été effectuée via des tests statistiques adaptés au facteur d'étude (le retour au travail) qui est une variable qualitative avec 2 groupes indépendants (non appariés) :

- Variables de réponse quantitatives :
  - o Test paramétrique de Student (**t**) : si  $n > 30$ ,
  - o Test non paramétrique de Mann-Whitney (**U**) : si  $n \leq 30$ ,
- Variables de réponse qualitatives :
  - o Test du khi-2 ( $\chi^2$ ) : si effectif marginal et si effectif théorique  $\geq 5$ ,
  - o Test exact de Fisher (**F**) : si  $n < 5$ ,
- La significativité (p) a été précisée au risque alpha de 5%,
- Les calculs ont été réalisés sous le **logiciel R** (Version 4.0.2).

**Les régressions logistiques binaires** ont permis d'approfondir l'étude des facteurs prédictifs de RTW : le retour au travail est une variable dépendante dichotomique dont la variance est à prédire en fonction d'une, voire d'une combinaison de variables indépendantes prédictives (continues ou catégorielles) :

- **Régression univariée** : sont précisées diverses valeurs pour l'interprétation
  - o Prédicteurs : variables indépendantes, avec typologie multiaxiale du type de variables prédictives (médicales, pharmaco/addictologique, fonctionnelle, psychologique, socioprofessionnelle),
  - o R-deux de Cox et Snell  $R^2$  : généralisation du coefficient de détermination, reflétant la variance prédite et la qualité du modèle,
  - o Coefficient de régression B (pente), avec son **ES.B** (erreur standard),
  - o Odds ratio (OR) : rapport des cotes, prédicteur de RTW s'il est supérieur à 1, si l'intervalle de confiance **IC** ne comprend pas la valeur 1,
  - o Constante de régression Cte : intercept (ordonnée à l'origine de B),
  - o Représentation graphique des OR avec leur intervalle de confiance,
- **Régression multivariée** : conditions de validité et d'ajustement vérifiées (tests de Wald et Hosmer-Lemeshow)
  - o Modélisations du retour au travail par diverses méthodologies successives :
    - Mode entrée : variables forcées, testées pour des raisons de pertinence clinique,
    - Mode pas à pas en régression descendante (retraits successifs des variables les moins prédictives),
    - Mode pas à pas ascendant (ajout successifs des variables les plus prédictives).
    - Test des combinaisons de tous les facteurs prédictifs identifiés en régression univariée, avec les principales variables les plus prédictives dans chaque axe (médical, fonctionnel, psychocorporel et socioprofessionnel),
    - Sélection du modèle le plus prédictif de la variance respectivement pour chaque axe, puis sélection du modèle multiaxial le plus prédictif du RTW.
  - o Éléments précisés pour l'interprétation : coefficient B, significativité, OR avec son IC, équation de la probabilité de reprise, estimation de la variabilité prédite :  $R^2$  de Cox et Snell,  $R^2$  de Nagelkerke (estimation normalisée de la variance prédite par le modèle).
- **Modélisations** : l'ensemble des régressions logistiques ont été réalisées sous **SPSS** (Version 23).

## 10. Etude des données qualitatives

Les **données qualitatives** issues du questionnaire correspondent aux réponses aux questions suivantes :

- Vous pouvez nous laisser une remarque : cette question a été posée numériquement à la fin des questionnaires principal et complémentaire ; tandis que lors des passations téléphoniques, trois sous-questions ont été abordées : aspects positifs et négatifs de votre prise en charge, dispositifs de réinsertion mobilisés durant votre carrière, autres points que vous souhaitez aborder,
- En quoi le CETD et Maubreuil vous-ont-ils aidés ?
- Pourquoi estimez-vous que le CETD et Maubreuil vont ont aidé sur le plan professionnel ?
- Précisez en quoi l'accompagnement des démarches professionnelles pourrait être amélioré.

L'**analyse des données qualitatives exprimées** a été effectuée par 2 méthodes complémentaires :

- Analyse de contenu : étude lexicographique et CHD (Classification hiérarchique descendante),
- Regroupement thématique : dénombrement multiaxial, avec occurrences et nuage de mots.

L'**analyse de contenu** utilise le logiciel libre **IraMuTeQ** qui procède à l'analyse structurale du discours permettant de comprendre les représentations sociales, Cf. la thèse soutenue par BOSSIS (2015) [412] :

- Etude lexicographique :
  - o Analyse fréquentielle : phrases, mots, formes actives (plusieurs suffixes), occurrences,
  - o RST (Regroupement des segments de texte) : lemmes (unité lexicale), classes,
- Dendrogramme par CHD :
  - o Identification des classes sémantiques de mots : liaison lexicale significative ( $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ ),
  - o Affiliation conceptuelle des classes : rattachement à une thématique ciblée (RTW...),
  - o Liste des lemmes significatifs : ordonnés par classes conceptuelles.

**Regroupement thématique** :

- Regroupement multiaxial :
  - o Affectation de chaque phrase verbalisant un message-clé à un axe (médical, fonctionnel, psychocorporel, socioprofessionnel) et à un aspect positif (élément de satisfaction) ou négatif (aspect non satisfaisant ou point à améliorer),
  - o Dénombrement et comparaison entre groupes reprise/non reprise,
- Représentation graphique des mots-clés du corpus :
  - o Dénombrement des occurrences des formes actives et repérage des thèmes originaux,
  - o Production d'un nuage de mots par thématiques multiaxiales, sous IraMuTeQ.
- Exemplification des principaux sous-thèmes abordés :
  - o Résumé synthétique des verbatims,
  - o Phylactères illustrant quelques verbatims les plus saillants.

### III – Résultats

#### 1. Inclusion des patients

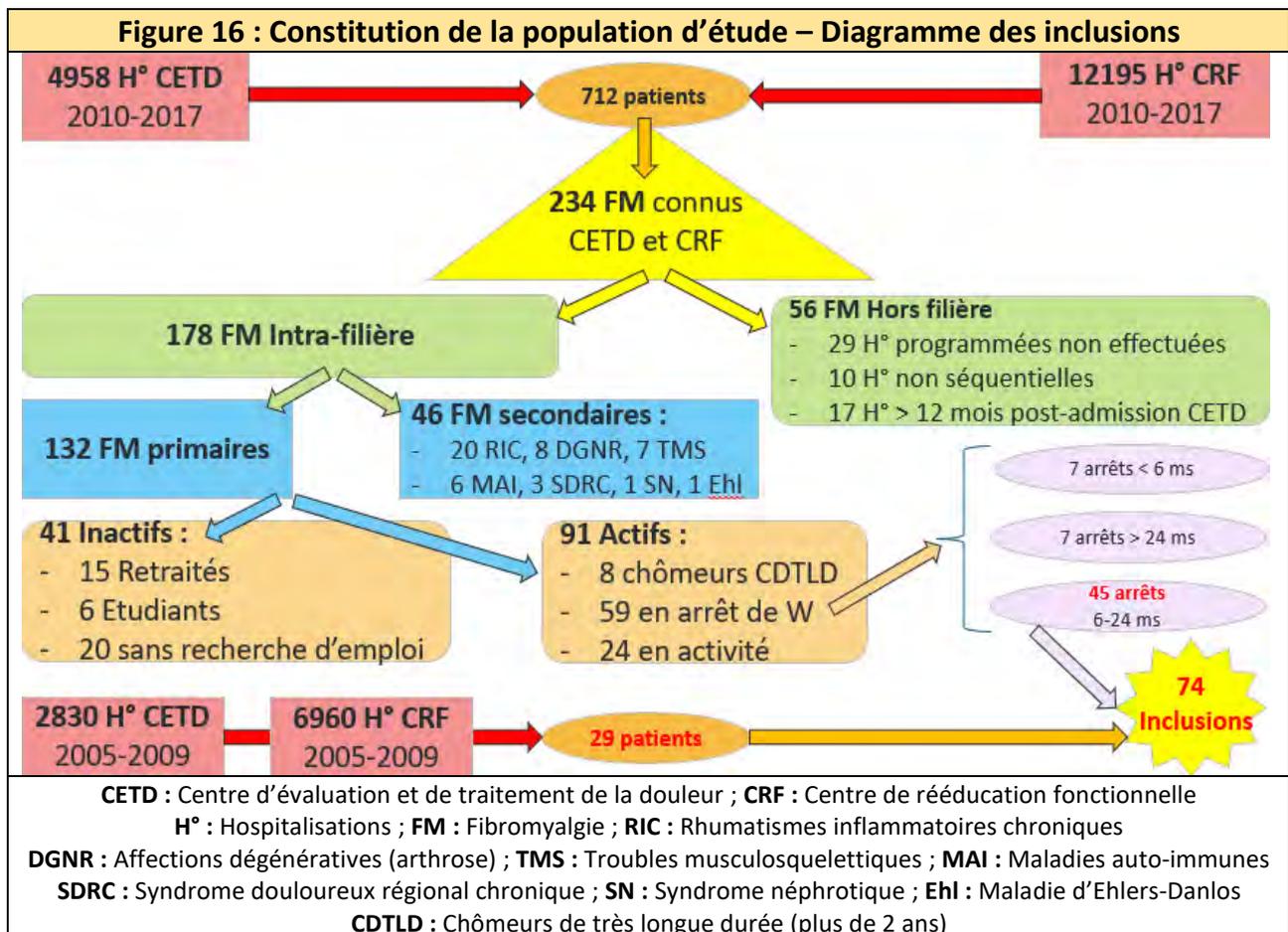
La liste des patients hospitalisés à Maubreuil de 2010 à 2017 nous a aimablement été transmise. L'extraction informatique des admissions au CETD a été possible via les RUM avec unité fonctionnelle. En croisant les données, il a été identifié les patients hospitalisés dans la filière étudiée (CETD puis CRF).

Le repérage des patients atteints de FM a d'abord été effectué sur la base des code CIM-10 (M 79.7). Hélas l'effectif obtenu était faible (probable sous-codage) : nous l'avons doublé en lisant les 712 dossiers de la filière, afin d'identifier les patients fibromyalgiques (avec exclusion des SPID et FM secondaires).

Nous avons obtenu 234 cas de FM, dont 178 intra-filière (exclusion des trajectoires non conformes), puis les FM secondaires ont été écartées (rhumatisme inflammatoire, pathologie dégénérative et algodystrophie ayant induit une FM, maladie auto-immune, ostéomalacie et syndrome d'Ehlers-Danlos).

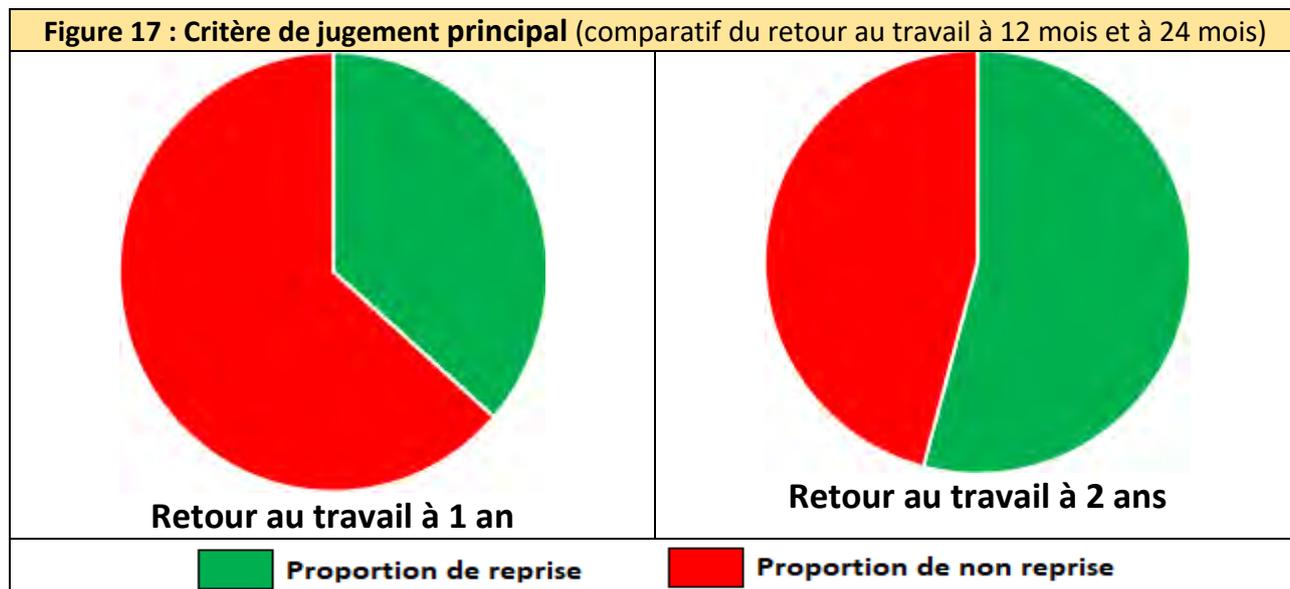
Les inactifs n'ont pas été retenus (retraités, étudiants, personne ne recherchant pas d'emploi). Parmi les 91 actifs, 8 personnes étaient des chômeurs de très longue durée, 24 étaient en activité sans arrêt de travail. Les arrêts trop courts (7 arrêts de moins de 6 mois) ou trop longs (7 arrêts de plus de 24 mois) n'ont pas été retenus : au total, nous avons identifiés 45 patients à inclure (échantillon de 2010 à 2017).

Pour gagner en puissance statistique et accroître les chances de découvrir des situations diversifiées, nous avons décidé d'inclure la population étudiée par GEORGETON (29 patients, de 2005 à 2009) [398], au final, la population d'étude totalise ainsi 74 patients hospitalisés entre 2005 et 2017 inclus.



## 2. Critère de jugement principal : plus d'un patient sur 2 est retourné au travail

Le retour au travail dépassait un tiers des patients dès 1 an (36,5%) et excédait la moitié, à partir de 2 ans (54,1%). Il s'agit de données consolidées (aucune donnée manquante, grâce aux questionnaires).



Le délai du retour au travail était inférieur à une année (10,9 mois).

La pérennité du retour au travail évaluée à 2 ans était relativement importante : 88,9%.

**Tableau 7 : Critère de jugement principal (retour au travail, post-admission à 24 mois)**

Retour au travail (RTW) :	
- RTW à 12 mois	27/74 (36,5%)
- RTW à 24 mois	40/74 (54,1%)
- Délai du RTW (mois)	10,9 ± 6,9
- Pérennité du RTW à 24 mois	24/27 (88,9%)

### 3. Vérification de la pertinence des inclusions

#### 3.1 Comparatif des sources d'informations

**L'étude des 74 dossiers** a été entièrement refaite, notamment ceux étudiés via la thèse de GEORGETON, afin d'harmoniser les modalités du recueil. Nous avons ainsi pu lire l'intégralité des dossiers, sous forme numérique et papier, pour minimiser les données manquantes et accéder aux résultats non retranscrits.

**Les appels téléphoniques** ont permis de joindre 64 patients : taux de répondants satisfaisant à **82,4%**. Les perdus de vue représentaient 13,5% de la population. 3 personnes endeuillées étaient indisponibles.

**La passation des questionnaires** a été marquée par une surprise : la majorité des patients a largement préféré répondre par téléphone (86,9%) plutôt que par questionnaire accessible par connexion internet.

**Les variables prédictives** étudiées dans la thèse de GEORGETON étaient au nombre de 40 (6 sur l'axe médical, 14 dans la dimension fonctionnelle, 7 sur l'axe psychocorporel et 13 socioprofessionnelles). Afin d'explorer d'autres déterminants potentiels du retour au travail et d'approfondir la compréhension des outils mobilisés dans le maintien en/dans l'emploi, nous avons élargi les paramètres étudiés : 347 variables, spécialement sur le travail (**197 cofacteurs socioprofessionnels prédictifs potentiels du RTW**).

#### 3.2. Homogénéité des échantillons fusionnés

**La légitimité méthodologique** de fusionner les 2 échantillons indépendants en une seule population d'étude a été vérifiée par étude de l'homogénéité des groupes 2005-2009 (n=29) et 2010-2017 (n=45).

**Le retour au travail est plus important dans le groupe 2010-2017** à 1 an (35,6% *Versus* 28,6%). Semblablement, le retour au travail est également plus important à 2 ans (53,3% *Versus* 50%). Nonobstant, il n'existe pas de différence significative ( $p > 0,050$ ) : homogénéité sur le critère principal.

**La pérennité du retour au travail** ne présente pas non plus de différence significative :  $p=0,526$ .

**Le délai de retour au travail** est sensiblement similaire dans les 2 groupes (11,7 mois *Versus* 10,2 mois).

**Les données socio-démographiques** sont semblables : âges comparables (41,9 ans *Vs* 40,5 ans), avec une nette absence de différence significative concernant le sex-ratio ( $p=0,754$ ).

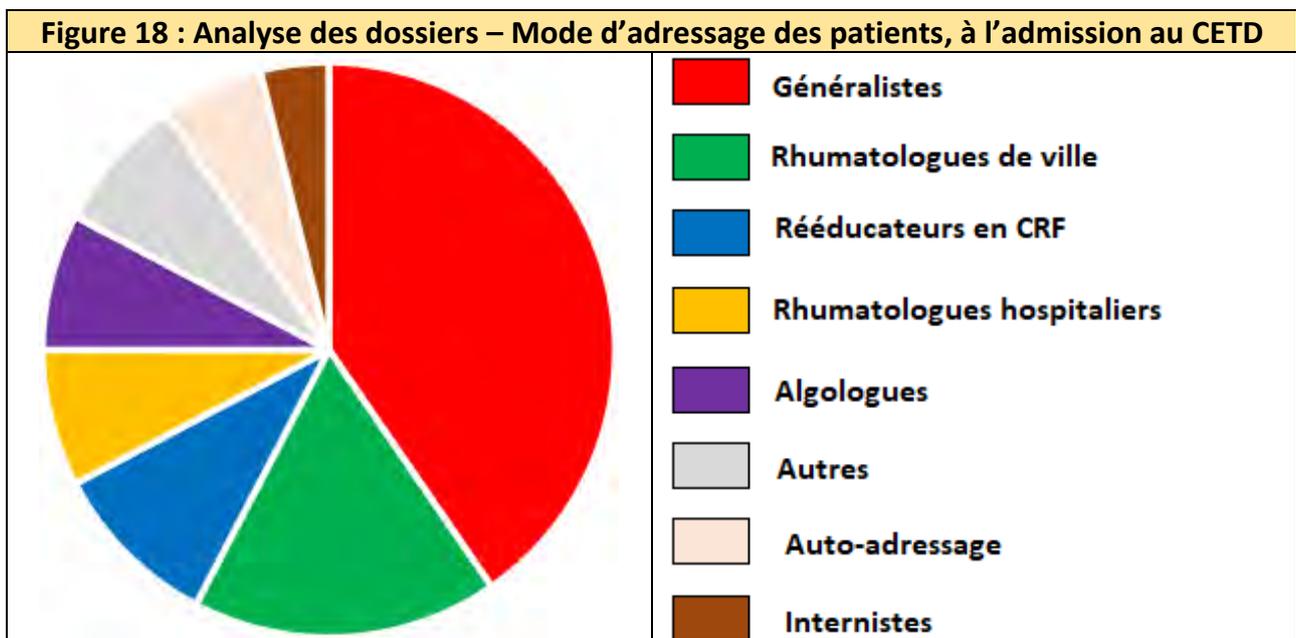
### 4. Analyse des dossiers

#### 4.1. Adressage des patients

**La provenance des patients** issus de la trajectoire de soins et entrant dans la filière CETD-CRF a généralement pour origine les médecins généralistes (40,4%), les rhumatologues de ville (17,3%) et les rééducateurs en CRF (9,6%). Les principaux contributeurs orientant vers la filière sont également les rhumatologues hospitaliers et algologues (7,7% respectivement), ainsi que le patient lui-même (5,8%).

Tableau 8 : Recueil de données – Sources d'informations mobilisées		
	Etude en 2011 (E. GEORGETON)	Etude en 2020 (B. EUVRARD)
<b>Etude des dossiers :</b>		
- Dossiers numériques consultés	29/29 (100,0%)	74/74 (100,0%)
- Dossiers papiers compulsés	28/29 (96,6%)	74/74 (100,0%)
<b>Passation des questionnaires :</b>		
- Répondants au questionnaire	–	61/74 (82,4%)
- Perdus de vue	–	10/74 (13,5%)
- Personnes indisponibles	–	3/74 (4,1%)
- Réponses électroniques	–	8/61 (13,1%)
- Entretiens téléphoniques	–	53/61 (86,9%)
<b>Variables prédictrices étudiées :</b>	<b>40</b>	<b>347</b>
- Médicales :	6	72
- Fonctionnelles :	14	53
- Psychocorporelles :	7	25
- Socioprofessionnelles :	13	197

Tableau 9 : Etude de l'homogénéité des échantillons constituant la population étudiée				
	2005-2009 n=29	2010-2017 n=45	Comparaison des études	
			Significativité	Calcul
<b>Retour au travail (RTW) :</b>				
- RTW à 12 mois	8/28 (28,6%)	16/45 (35,6%)	0,537	$\chi^2$
- RTW à 24 mois	13/26 (50,0%)	24/45 (53,3%)	0,786	F
- Pérennité du RTW à 24 mois	8/8 (100,0%)	13/16 (81,3%)	0,526	F
- Délai RTW (mois)	10,2 ± 5,4	11,7 ± 7,2	0,222	U
<b>Caractéristiques socio-démographiques :</b>				
- Age	40,5 ± 6,9	41,9 ± 8,3	0,204	t
- Sexe				
* Homme	4 (13,8%)	8 (17,8%)	0,754	F
* Femme	25 (86,2%)	37 (82,2%)	0,754	F
<b>Les échantillons ne semblaient pas présenter de différences significatives (p&gt;0,050)</b>				
<b>Calcul statistique :</b> Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)				



## 4.2 Données recueillies à l'admission

### 4.2.1 Données socio-démographiques et professionnelles

**La population étudiée** (n=74) se répartissait entre groupe reprise (n=43) et groupe sans reprise (n=31). Elle vivait majoritairement en couple (64,9%), avec enfants (1,8 enfants en moyenne) et résidait au sein de villes de taille intermédiaire (environ 67 807 habitants), avec principalement des femmes (83,8%) quadragénaires (âgées de 41,9 ans en moyenne).

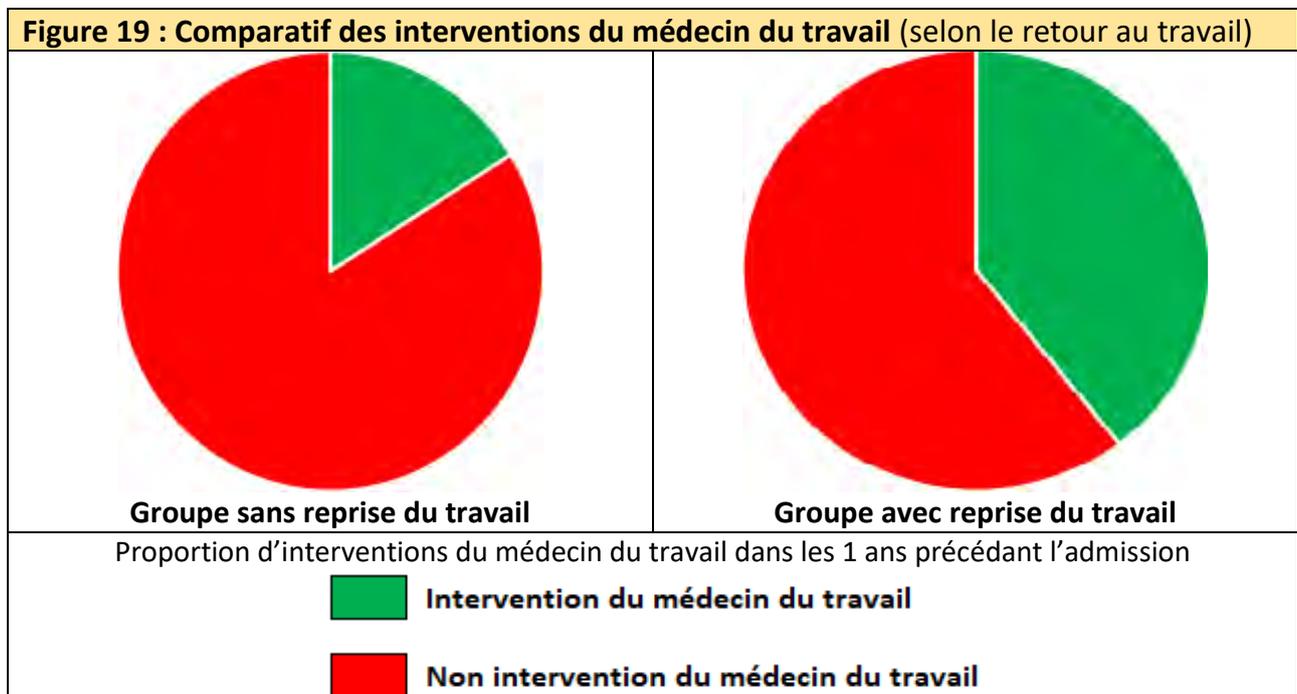
**Sur le plan professionnel**, la durée d'arrêt de travail moyenne avant l'admission dépassait un an (13,8 mois). Le niveau d'étude était essentiellement représenté par des qualifications sans baccalauréat (64,9%). Les travailleurs étaient surtout des employés (78,4%), avec une ancienneté au poste atteignant 8,6 ans, au sein d'entreprises avec un effectif supérieur à 50 (64,9%), rattachées aux secteurs administratifs (33,8%) et sanitaires (24,3%). L'intervention récente du médecin de travail concernait 29,7% des salariés, avec des adaptations surtout quantitatives (8,1%). La proportion de personnes disposant d'une RQTH avoisinait un tiers des cas. L'invalidité restait une situation minoritaire (9,5%)

**L'intervention récente du médecin du travail** semblait la seule variable prédictive de reprise du travail (figurée ici en vert) parmi les données socioprofessionnelles à l'admission (39,5% Vs 16 ;1%, p=0,029).

**Le genre masculin** semblait tendanciellement être un facteur de retour au travail (23% Vs 6%, p=0,063).

**Les catégories socio-professionnelles** tendaient également à prédire le RTW (9% Vs 3% pour les cadres et professions intellectuelles supérieures, 12% Vs 0% pour les professions intermédiaires, p=0,066).

**Certaines caractéristiques semblaient n'avoir pas d'effet prédictif sur le RTW** : secteur d'activité (p=0,885), statut marital (p=0,883), invalidité à l'admission (p=0,824), ancienneté (p=0,807), adaptations quantitatives (p=0,676), effectif de 10 à 50 (p=0,529), âge (p=0,343), niveau d'étude (p=0,350)...



<b>Tableau 10 : Analyse des dossiers</b>					
Données socio-démographiques et professionnelles (à l'admission)					
	<b>Population</b> (n=74)	<b>Sans reprise</b> (n=31)	<b>Avec reprise</b> (n=43)	<b>Significativité</b> (p)	<b>Calcul</b>
<b>Age (années)</b>	41,9 ± 7,8	42,4 ± 7,8	41,6 ± 7,9	0,343	t
<b>Sexe</b>				0,063	F
- Homme	12 (16,2%)	2 (6,5%)	10 (23,3%)		
- Femme	62 (83,8%)	29 (93,5%)	33 (76,7%)		
<b>Statut marital</b>				0,883	F
- Mariage, concubinage	48 (64,9%)	19 (61,3%)	29 (67,4%)		
- Divorce, séparation, veuvage	17 (22,9%)	8 (25,8%)	9 (20,9%)		
- Célibat	9 (12,2%)	4 (12,9%)	5 (11,6%)		
<b>Nombre d'enfants</b>	1,8 ± 1,4	1,8 ± 1,3	1,7 ± 1,5	0,331	t
<b>Taille de la ville (nombre d'habitants)</b>	67807,2 ± 118171,2	87791,7 ± 133473,6	53399,7 ± 105066,9	0,119	t
<b>Durée de l'arrêt de travail (mois)</b>	13,8 ± 5,5	14,3 ± 5,7	13,4 ± 5,4	0,235	t
<b>Niveau d'étude</b>				0,350	χ <sup>2</sup>
- Niveau bac et supérieur	26 (35,1%)	9 (29,0%)	17 (39,5%)		
- Non-bachelier	48 (64,9%)	22 (70,9%)	26 (60,5%)		
<b>PCS (6 groupes de CSP)</b>				0,066	F
- Agriculteurs, exploitants	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Artisans, commerçants	2 (2,7%)	2 (6,5%)	0 (0,0%)		
- Cadre, Professions intellectuelles sup.	5 (6,8%)	1 (3,2%)	4 (9,3%)		
- Professions intermédiaires	5 (6,8%)	0 (0,0%)	5 (11,6%)		
- Employés	58 (78,4%)	27 (87,1%)	31 (72,1%)		
- Ouvriers	4 (5,4%)	1 (3,2%)	3 (6,9%)		
<b>Ancienneté (années)</b>	8,6 ± 7,0	8,1 ± 6,5	8,9 ± 7,0	0,807	U
<b>Taille de l'entreprise</b>					
- Effectif inférieur à 10	5 (6,8%)	4 (12,9%)	1 (2,3%)	0,154	F
- Effectif de 10 à 50	21 (28,4%)	10 (32,3%)	11 (25,6%)	0,529	F
- Effectif supérieur à 50	48 (64,9%)	17 (54,8%)	31 (72,1%)	0,125	χ <sup>2</sup>
<b>Secteur d'activité</b>				0,885	F
- Administratif	25 (33,8%)	10 (32,3%)	15 (34,9%)		
- Soins, service à la personne	18 (24,3%)	9 (29,0%)	9 (20,9%)		
- Industriel	8 (10,8%)	4 (12,9%)	4 (9,3%)		
- Restauration, hôtellerie	7 (9,5%)	3 (9,7%)	4 (9,3%)		
- Vente	5 (6,8%)	3 (9,7%)	2 (4,7%)		
- Education	4 (5,4%)	1 (3,2%)	3 (6,9%)		
- Nettoyage	3 (4,1%)	1 (3,2%)	2 (4,7%)		
- Agro-alimentaire	2 (2,7%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)		
- Transport	2 (2,7%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)		
<b>Intervention du médecin du travail dans l'année qui précède l'admission</b>	22 (29,7%)	5 (16,1%)	17 (39,5%)	0,029	χ <sup>2</sup>
<b>Adaptation quantitative</b>	6 (8,1%)	2 (6,5%)	4 (9,3%)	0,676	F
<b>Adaptation qualitative</b>	5 (6,8%)	1 (3,2%)	4 (9,3%)	0,392	F
<b>RQTH</b>	25 (33,8%)	13 (41,9%)	12 (27,9%)	0,208	χ <sup>2</sup>
<b>Invalidité</b>				0,824	F
- Aucune	67 (90,5%)	27 (87,1%)	40 (93,0%)		
- Catégorie 1	5 (6,8%)	3 (9,7%)	2 (4,7%)		
- Catégorie 2	2 (2,7%)	1 (3,2%)	1 (2,3%)		
<b>PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles (CSP)</b>					
<b>RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé</b>					
<b>Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (χ<sup>2</sup>), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)</b>					

## 4.2.2. Données algologiques, anamnestiques et fonctionnelles

### 1) Données algologiques :

La **population étudiée** présentait des douleurs chroniques depuis plus de 10 ans à l'admission (11,1 ans), avec une diffusion des douleurs depuis près de 5 ans : **le diagnostic de FM paraît tardif** (délai = 4,9 ans). L'EVA douleur s'élevait en moyenne à 6,3 (**douleurs d'intensité forte**), avec des caractéristiques d'allure neuropathique importantes (DN4 à 5,2), le nombre de zones douloureuses s'étendait à 10,0 sur 18 ; avec une composante axiale prédominante (2,7 sur 4), les douleurs axiales les plus fréquentes étaient les lombalgies (78,4%), les douleurs périphériques prévalentes étaient les douleurs de l'épaule (62,2%).

**Les facteurs prédictifs de non reprise** (figurés ci-contre en rouge) semblaient être le délai diagnostique après diffusion ( $p=0,005$ ) et les lombalgies ( $p=0,034$ ), avec tendance prédictive des gonalgies ( $p=0,087$ ).

### 2) Données anamnestiques :

La **population étudiée** présentait des comorbidités douloureuses (2,1) et plusieurs antécédents (6,7) : en particulier des TMS (40,8%), des psychotraumatismes (27,0%), des algies post-chirurgicales (24,3%), des atteintes polyarthrosiques (16,2%) et des antécédents familiaux de douleurs chroniques (12,2%).

**Les facteurs prédictifs de non-retour au travail** paraissaient être les psychotraumatismes ( $p=0,0005$ ), le nombre total d'antécédents ( $p=0,0009$ ), les comorbidités psychiques ( $p=0,002$ ), les comorbidités gynécologiques ( $p=0,009$ ) et les antécédents familiaux ( $p=0,018$ ) ; avec une tendance prédictive négative de retour au travail, pour les opérations chirurgicales de l'utérus : hystérectomie ( $p=0,069$ ).

### 3) Données fonctionnelles :

La **population étudiée** avait des **scores diagnostiques élevés** : ACR (14,9/18), WPI (12,3/19), SSS (8,3/12). Elle présentait une **surcharge pondérale** (IMC à 27,9), avec un périmètre de marche limité à 809 mètres. Les **raideurs rachidiennes** étaient fréquentes : distance doigts-sol (27,9 cm), Schober réduit à 13,8 cm. Le sport était régulièrement pratiqué (40,5%), avec kinésithérapie (50,9%) : activités physiques (73,8%).

**Le périmètre de marche** semblait constituer le seul facteur fonctionnel prédictif de reprise ( $p=0,006$ ).

**Le facteur prédictif de non-retour au travail** paraissait être la distance doigts-sols ( $p=0,021$ ).

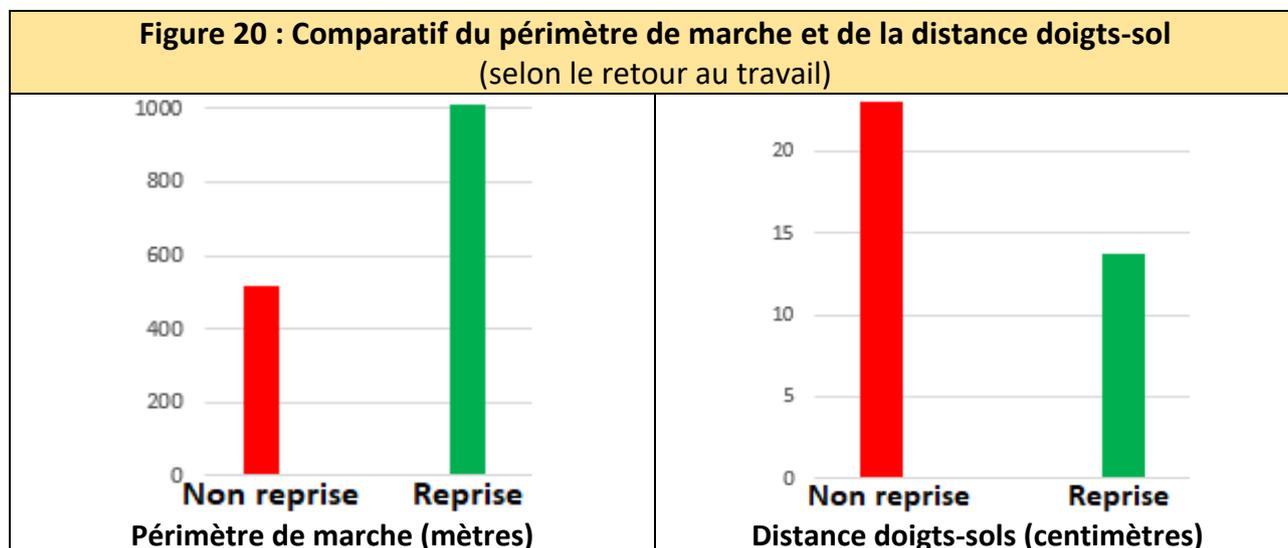


Tableau 11 : Analyse des dossiers					
Données algologiques, anamnestiques et fonctionnelles (à l'admission)					
	Population (n=74)	Sans reprise (n=31)	Avec reprise (n=43)	Significativité (p)	Calcul
Durée des douleurs préadmission (années)	11,1 ± 9,9	13,5 ± 10,9	9,5 ± 8,9	0,203	U
Délai diagnostique après diffusion (années)	4,9 ± 7,6	8,6 ± 8,3	2,7 ± 3,7	<b>0,005</b>	U
EVA Douleur (sur 10)	6,3 ± 1,4	6,6 ± 1,3	6,2 ± 1,5	0,103	t
DN4 (Douleurs neuropathiques, sur 10)	5,2 ± 1,9	4,9 ± 1,9	5,8 ± 1,8	0,503	U
NZD globales (sur 18)	10,0 ± 4,1	9,6 ± 3,9	10,3 ± 4,3	0,752	t
NZD axiales (sur 4)	2,7 ± 1,0	2,6 ± 0,9	2,8 ± 1,1	0,718	t
NZD périphériques (sur 14)	7,2 ± 3,6	6,8 ± 3,5	7,5 ± 3,8	0,785	t
Céphalées	42 (56,8%)	16 (51,6%)	26 (60,5%)	0,448	χ <sup>2</sup>
Cervicalgies	54 (73,0%)	21 (67,7%)	33 (72,1%)	0,389	χ <sup>2</sup>
Dorsalgies	52 (70,3%)	21 (67,7%)	31 (72,1%)	0,686	χ <sup>2</sup>
Lombalgies	58 (78,4%)	28 (90,3%)	30 (69,8%)	<b>0,034</b>	χ <sup>2</sup>
Omalgies	46 (62,2%)	20 (64,5%)	26 (60,5%)	0,723	χ <sup>2</sup>
Epicondylalgies	30 (40,5%)	11 (35,5%)	19 (44,2%)	0,452	χ <sup>2</sup>
Algies poignets / mains	39 (52,7%)	14 (45,2%)	25 (44,2%)	0,269	χ <sup>2</sup>
Radiculalgies	18 (24,3%)	5 (16,1%)	13 (30,2%)	0,723	χ <sup>2</sup>
Coxalgies	20 (27,0%)	10 (32,3%)	10 (23,3%)	0,163	χ <sup>2</sup>
Gonalgies	44 (27,0%)	22 (71,0%)	22 (51,2%)	0,087	χ <sup>2</sup>
Algies chevilles / pieds	36 (48,6%)	13 (41,9%)	23 (53,5%)	0,327	χ <sup>2</sup>
Nombre d'antécédents	6,4 ± 4,5	8,0 ± 4,6	4,7 ± 3,9	<b>0,0009</b>	t
Comorbidité douloureuse	2,1 ± 2,1	2,6 ± 2,5	1,7 ± 1,8	<b>0,049</b>	t
Accidentologie	0,5 ± 0,8	0,4 ± 0,6	0,6 ± 0,9	0,846	t
Comorbidité gynécologique	0,5 ± 1,1	0,9 ± 1,4	0,2 ± 0,6	<b>0,009</b>	t
Comorbidité endocrinienne	0,1 ± 0,4	0,8 ± 1,4	0,1 ± 0,3	0,159	t
Comorbidité somatique autre	1,4 ± 1,9	1,7 ± 1,9	1,2 ± 2,0	0,133	t
Comorbidité psychique	1,1 ± 1,4	1,8 ± 1,7	0,7 ± 1,0	<b>0,002</b>	t
Antécédents familiaux	0,3 ± 0,7	0,6 ± 0,9	0,2 ± 0,5	<b>0,018</b>	t
TMS (Troubles musculosquelettiques)	29 (40,8%)	14 (45,2%)	15 (34,9%)	0,372	χ <sup>2</sup>
Polyarthrose	12 (16,2%)	8 (25,8%)	4 (9,3%)	0,107	F
Algies post-chirurgicales	18 (24,3%)	10 (32,3%)	8 (18,6%)	0,177	χ <sup>2</sup>
Antécédents chirurgicaux	34 (45,9%)	16 (51,6%)	18 (41,9%)	0,406	χ <sup>2</sup>
Hystérectomie	3 (4,0%)	3 (9,7%)	0 (0,0%)	0,069	F
Psychotraumatismes	20 (27,0%)	16 (51,6%)	6 (14,0%)	<b>0,0005</b>	χ <sup>2</sup>
Douleurs chroniques intra-familiales	9 (12,2%)	6 (19,3%)	3 (6,9%)	0,145	F
Score ACR (sur 18)	14,9 ± 3,1	14,9 ± 4,0	15,0 ± 2,6	1	U
Score WPI (sur 19)	12,3 ± 4,7	13,8 ± 3,9	10,0 ± 5,3	0,191	U
Score SSS (sur 12)	8,3 ± 2,6	8,6 ± 2,2	7,8 ± 3,3	0,558	U
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,9 ± 6,5	27,9 ± 7,4	27,9 ± 5,9	0,967	U
Périmètre de marche (m)	809,0 ± 709,0	520,0 ± 535,0	1009,8 ± 751,3	<b>0,006</b>	U
DDS (Distance doigt-sol, en centimètres)	17,6 ± 14,4	23 ± 15,1	13,8 ± 12,9	<b>0,021</b>	U
Indice de Schober (cm)	13,8 ± 1,9	13,3 ± 1,5	14,0 ± 2,1	0,767	U
Pratique sportive	15/37 (40,5%)	3/13 (23,1%)	12/24 (50,0%)	0,165	F
Kinésithérapie	26/51 (50,9%)	13/24 (54,2%)	13/27 (48,1%)	0,668	χ <sup>2</sup>
Activité physique	31/42 (73,8%)	13/20 (65,0%)	19/23 (82,6%)	0,295	F
EVA : Echelle visuelle analogique ; NZD : Nombre de zones douloureuses					
ACR : American College of Rheumatology ; WPI : Widespread Pain Index (Indice de douleurs généralisées)					
SSS : Symptom Severity Score (Echelle de sévérité des symptômes) ; IMC : Indice de masse corporelle					
Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (χ <sup>2</sup> ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

### 4.2.3 Qualité de vie, évaluation psychologique, pharmacologique et addictologique

#### 1) Qualité de vie :

**Le retentissement de la FM était important, notamment dans les composantes associées au travail :** les EVA les plus élevées du QCD étaient celles cotant le **travail habituel** (7,4) et l'activité générale (7,3). L'impact de la fibromyalgie était élevé (FIQ atteignant 67,7/100), ainsi que celui des lombalgies (EIFEL à 9,4/24). Le FABQ physique atteignait 14,0/24 et le FABQ Professionnel était à 30,7/42, les items les plus fortement élevés étaient « **Le travail augmente fortement ma douleur** » (4,6/6), ainsi que les items « *Je ne peux travailler avec ma douleur* » (4,5/6) et « *Mon travail a aggravé ma douleurs* » (4,4/6).

**Les facteurs prédictifs de non-retour au travail** semblaient être l'EVA Sommeil ( $p=0,0001$ ), l'EVA Globale ( $p=0,001$ ), l'item « Je ne pourrai pas reprendre un jour » et « Mon travail a aggravé ma douleur » ( $p=0,008$ ), le FIQ ( $p=0,022$ ), ainsi que le FABQ Physique ( $p=0,043$ ).

#### 2) Données psychologiques :

**Dans la population**, les troubles anxieux étaient fréquents (43,2%), avec néanmoins une HAD Anxiété inférieure à 11 (moyenne à 10,8). Notons que les suivis psychiatriques étaient assez courants (48,6%). Le score global de coping était à 142,9/228, les stratégies prévalentes (sous-scores ramenés à 24) étaient l'activité comportementale (18,5) et le recours aux thérapeutiques (18,3), puis l'auto-encouragement (16,2), ainsi que le soutien social (15,1). La mobilisation de stratégies de coping passives étaient relativement plus rares : catastrophisme (15,1) ; prière (14,5) ; évitement (13,9) et déni (13,8).

**La réinterprétation des sensations douloureuses** semblait le seul facteur prédictif de reprise ( $p=0,044$ ).

**Les affects anxiodépressifs apparaissaient comme des facteurs prédictifs de non-reprise du travail :** les troubles anxieux ( $p=0,008$ ) et l'HAD Anxiété ( $p=0,009$ ), ainsi que les troubles dépressifs ( $p=0,017$ ) et l'HAD Dépression ( $p=0,027$ ). En revanche, le suivi psychiatrique n'avait pas d'effet prédictif ( $p=0,969$ ).

#### 3) Données pharmacologiques et addictologiques : Cf. grilles de calcul en Annexe 12 (p. 180)

**Dans la population étudiée**, la consommation médicamenteuse était conséquente (MQS-I à 11,6), avec la prise de traitements dépendogènes chez plus du tiers des patients (35,1%), notamment des benzodiazépines stricto sensu normodosées (20,3%). Les addictions étaient assez fréquentes (54,8%) avec une pharmacodépendance chez un quart des patients atteints de fibromyalgie (25,7%).

**Les facteurs prédictifs de non-reprise** étaient la pharmacodépendance ( $p=0,029$ ), la prise de benzodiazépines stricto sensu ( $p=0,029$ ) et l'existence de conduites addictives ( $p=0,045$ ). Inversement, le score globale pré-séance d'éducation thérapeutique n'avait aucun effet prédictif de RTW ( $p=1$ ).

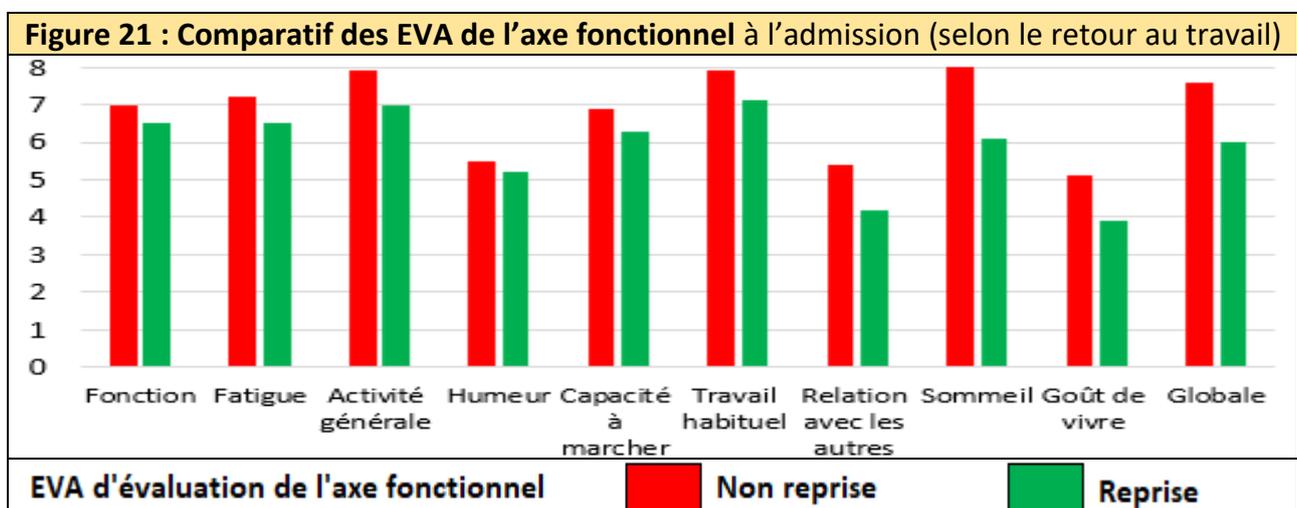
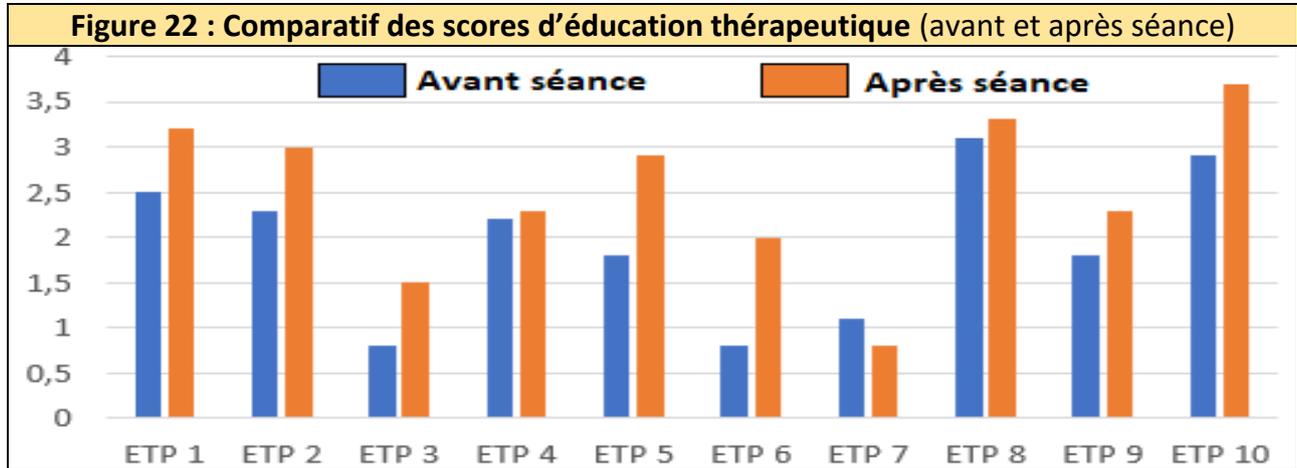


Tableau 12 : Analyse des dossiers					
Qualité de vie, évaluation psychologique et addictologique (à l'admission)					
	Population (n=74)	Sans reprise (n=31)	Avec reprise (n=43)	Significativité (p)	Calcul
<b>EVA Fonction (sur 10)</b>	6,7 ± 1,5	7,0 ± 1,8	6,5 ± 1,3	0,203	U
<b>EVA Fatigue (sur 10)</b>	6,8 ± 1,7	7,2 ± 1,9	6,5 ± 1,5	0,344	U
<b>EVA Activité générale (sur 10)</b>	7,3 ± 1,9	7,9 ± 1,3	7,0 ± 2,1	0,171	U
<b>EVA Humeur (sur 10)</b>	5,3 ± 2,4	5,5 ± 2,5	5,2 ± 2,4	0,679	U
<b>EVA Capacité à marcher (sur 10)</b>	6,5 ± 2,3	6,9 ± 2,5	6,3 ± 2,2	0,131	U
<b>EVA Travail habituel (sur 10)</b>	7,4 ± 1,9	7,9 ± 1,8	7,1 ± 2,1	0,141	U
<b>EVA Relation avec les autres (sur 10)</b>	4,6 ± 3,1	5,4 ± 3,2	4,2 ± 2,9	0,142	U
<b>EVA Sommeil (sur 10)</b>	6,9 ± 2,3	8,0 ± 1,5	6,1 ± 2,5	<b>0,0001</b>	t
<b>EVA Goût de vivre (sur 10)</b>	4,4 ± 2,9	5,1 ± 3,2	3,9 ± 2,8	0,126	U
<b>EVA Globale (sur 10)</b>	6,7 ± 1,6	7,6 ± 1,6	6,0 ± 1,1	<b>0,001</b>	U
<b>Soulagement (sur 100)</b>	37,5 ± 28,9	26,4 ± 26,9	45,5 ± 29,1	0,103	U
<b>FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire, sur 100)</b>	67,7 ± 14,8	78,8 ± 8,2	58,5 ± 12,8	<b>0,022</b>	U
<b>Echelle EIFEL (sur 24)</b>	9,4 ± 4,3	11,4 ± 4,2	8,2 ± 4,0	0,108	U
<b>FABQ Physique (Questionnaire sur l'appréhension / évitement, sur 24)</b>	14,0 ± 7,3	16,3 ± 7,5	12,6 ± 6,9	<b>0,043</b>	U
<b>FABQ Professionnel (sur 42)</b>	30,7 ± 14,8	32,5 ± 16,8	28,7 ± 13,6	0,325	U
- Douleur provoquée par mon travail (sur 6)	3,0 ± 2,3	3,8 ± 2,4	2,6 ± 2,3	0,061	U
- Mon travail à aggraver ma douleur (sur 6)	4,4 ± 1,7	5,1 ± 1,7	4,0 ± 1,6	<b>0,008</b>	U
- J'ai droit à une indemnisation (sur 6)	1,5 ± 2,0	2,1 ± 2,4	1,2 ± 1,8	0,200	U
- Mon travail est trop dur pour moi (sur 6)	3,1 ± 2,1	3,6 ± 2,5	2,8 ± 1,9	0,139	U
- Le travail augmente ma douleur (sur 6)	4,6 ± 1,7	5,0 ± 1,7	4,4 ± 1,7	0,075	U
- Le travail pourrait abîmer mon dos (sur 6)	2,6 ± 2,2	3,2 ± 2,4	2,2 ± 2,1	0,123	U
- Je ne devrais pas faire mon travail (sur 6)	3,7 ± 2,4	4,1 ± 2,5	3,4 ± 2,2	0,134	U
- Je ne peux travailler avec ma douleur (sur 6)	4,5 ± 2,1	4,7 ± 2,2	4,3 ± 2,1	0,231	U
- Je ne peux travailler avant traitement (sur 6)	4,2 ± 2,2	4,7 ± 2,2	3,8 ± 2,2	0,066	U
- Je ne pourrai reprendre avant 3 mois (sur 6)	3,0 ± 2,2	2,6 ± 2,5	3,2 ± 2,1	0,309	U
- Je ne pourrai pas reprendre un jour (sur 6)	2,5 ± 2,3	3,7 ± 2,4	1,8 ± 1,9	<b>0,009</b>	U
<b>Troubles anxieux</b>	32 (43,2%)	19 (61,3%)	13 (30,2%)	<b>0,008</b>	χ <sup>2</sup>
<b>Troubles dépressifs</b>	31 (41,9%)	18 (58,1%)	13 (30,2%)	<b>0,017</b>	χ <sup>2</sup>
<b>HAD Anxiété (sur 21)</b>	10,8 ± 4,5	12,2 ± 4,9	9,6 ± 3,9	<b>0,009</b>	t
<b>HAD Dépression (sur 21)</b>	9,3 ± 4,6	10,4 ± 4,5	8,4 ± 3,7	<b>0,027</b>	t
<b>Suivi Psychiatrique</b>	36 (48,6%)	15 (48,4%)	21 (48,8%)	0,969	χ <sup>2</sup>
<b>CSQ (Coping Strategy Questionnaire, sur 228)</b>	142,9 ± 16	137,7 ± 18,7	146,0 ± 13,1	0,104	U
- EV (Évitement, sur 24)	13,9 ± 4,9	12,9 ± 5,2	14,5 ± 4,9	0,392	U
- RE (Réinterprétation des sensations, sur 24)	11,2 ± 3,6	9,5 ± 3,2	12,1 ± 3,5	<b>0,044</b>	U
- AE (Auto-encouragement, sur 24)	16,2 ± 2,6	15,9 ± 3,2	16,3 ± 2,3	0,604	U
- D (Déni, sur 24)	13,8 ± 4,0	12,5 ± 4,3	14,6 ± 3,7	0,107	U
- P (Prière / Espoir, sur 24)	14,5 ± 3,7	14,2 ± 3,7	14,6 ± 3,8	0,850	U
- C (Catastrophisme, sur 24)	15,1 ± 4,5	16,0 ± 5,3	14,5 ± 4,0	0,266	U
- AC (Activité comportementale, sur 20)	15,4 ± 3,9	14,8 ± 4,5	15,7 ± 3,5	0,705	U
- SS (Soutien social, sur 40)	25,1 ± 3,8	25,2 ± 4,2	25,0 ± 3,7	0,524	U
- TT (Thérapeutiques, sur 24)	18,3 ± 2,9	17,8 ± 3,1	18,7 ± 2,8	0,449	U
<b>MQS-I (Medication Quantification Scale)</b>	11,6 ± 8,3	12,3 ± 9,7	11,1 ± 7,2	0,291	t
<b>DG (Traitement dépendogène)</b>	26 (35,1%)	13 (41,9%)	13 (30,2%)	0,298	χ <sup>2</sup>
<b>BZDn (Benzodiazépines stricto sensu normodosées)</b>	15 (20,3%)	10 (32,3%)	5 (11,6%)	<b>0,029</b>	χ <sup>2</sup>
<b>Pharmacodépendance</b>	19 (25,7%)	12 (38,7%)	7 (18,6%)	<b>0,029</b>	χ <sup>2</sup>
<b>Addictions</b>	40 (54,8%)	21 (67,7%)	19 (44,2%)	<b>0,045</b>	χ <sup>2</sup>
<b>Education thérapeutique (pré-séance)</b>	19,1 ± 6,8	19,3 ± 3,4	18,8 ± 9,5	1	U

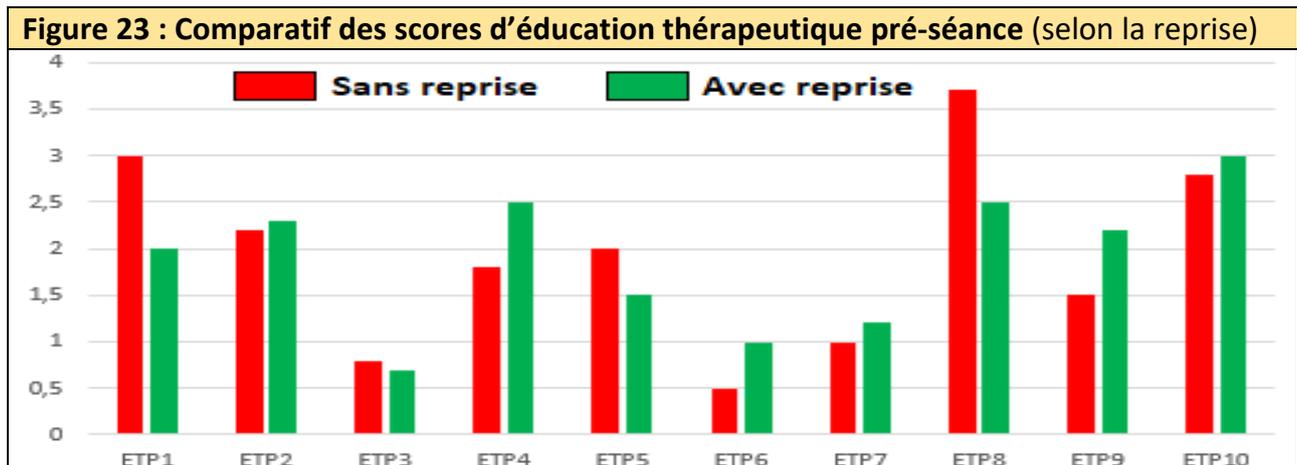
Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (χ<sup>2</sup>), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)

#### 4.2.4. Données du diagnostic éducatif et de l'évaluation post-séance d'éducation thérapeutique

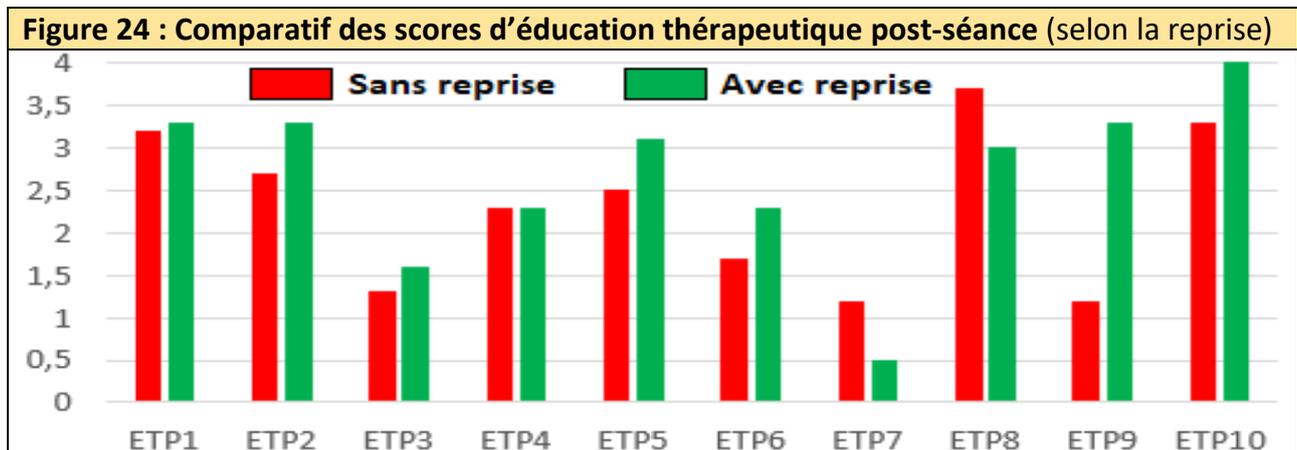
Dans la population étudiée, les scores pré-séances les plus forts étaient ceux des items ETP8 « *J'assume de prendre mes médicaments devant mon entourage* » (3,1/4) et ETP10 « *J'ai conscience de l'importance de prendre mon traitement* » (2,9/4). Les scores post-séances les plus élevés étaient également ceux de l'ETP10 (3,7) et l'ETP8 (3,3) ; avec une certaine marge de progression post-test.



L'item le moins maîtrisé semblait l'item ETP3 sur la gestion des effets secondaires dans le groupe reprise (0,7/4), la conscience de faire des écarts de traitement paraissait moindre en cas de non reprise (0,5/4).



L'item ETP9 « *J'ai accepté de prendre un traitement au long cours* » semblait positivement prédictif de RTW ( $p=0,030$ ), ainsi qu'un autre item post-séance d'éducation thérapeutique : l'ETP10 ( $p=0,038$ ).



<b>Tableau 13 : Analyse des dossiers</b>					
Données éducatives (tests pré/post-séances d'éducation thérapeutique)					
Items d'ETP (sur 4)	Population (n=74)	Sans reprise (n=31)	Avec reprise (n=43)	Significativité	
				(p)	Calcul
<b>ETP1</b> : « Je comprends le rôle de chaque médicament »	S-1 : 2,5 ± 1,3 S+1 : 3,2 ± 0,6	S-1 : 3,0 ± 1,1 S+1 : 3,2 ± 0,4	S-1 : 2,0 ± 1,4 S+1 : 3,3 ± 0,7	S-1 : 0,354 S+1 : 0,759	U U
<b>ETP2</b> : « Je sais quel(s) médicament(s) prendre et à quel moment »	S-1 : 2,3 ± 1,2 S+1 : 3,0 ± 1,2	S-1 : 2,2 ± 1,3 S+1 : 2,7 ± 1,4	S-1 : 2,3 ± 1,2 S+1 : 3,3 ± 1,0	S-1 : 0,934 S+1 : 0,289	U U
<b>ETP3</b> : « Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires »	S-1 : 0,8 ± 1,1 S+1 : 1,5 ± 1,1	S-1 : 0,8 ± 1,2 S+1 : 1,3 ± 1,0	S-1 : 0,7 ± 1,2 S+1 : 1,6 ± 1,2	S-1 : 0,718 S+1 : 0,641	U U
<b>ETP4</b> : « Je pense que le traitement pourra faire disparaître mes douleurs »	S-1 : 2,2 ± 1,4 S+1 : 2,3 ± 1,4	S-1 : 1,8 ± 1,3 S+1 : 2,3 ± 1,5	S-1 : 2,5 ± 1,5 S+1 : 2,3 ± 1,4	S-1 : 0,402 S+1 : 0,946	U U
<b>ETP5</b> : « J'ai trouvé des solutions autres que les médicaments pour gérer les pics douloureux »	S-1 : 1,8 ± 1,4 S+1 : 2,9 ± 1,1	S-1 : 2,0 ± 1,4 S+1 : 2,5 ± 1,4	S-1 : 1,5 ± 1,4 S+1 : 3,1 ± 0,8	S-1 : 0,623 S+1 : 0,452	U U
<b>ETP6</b> : « Je pense que je fais des écarts, des erreurs avec mon traitement »	S-1 : 0,8 ± 1,1 S+1 : 2 ± 1,8	S-1 : 0,5 ± 0,8 S+1 : 1,7 ± 1,6	S-1 : 1,0 ± 1,3 S+1 : 2,3 ± 2,0	S-1 : 0,530 S+1 : 0,588	U U
<b>ETP7</b> : « J'ai une appréhension à prendre mon traitement »	S-1 : 1,1 ± 1,3 S+1 : 0,8 ± 0,8	S-1 : 1,0 ± 0,6 S+1 : 1,2 ± 0,8	S-1 : 1,2 ± 1,8 S+1 : 0,5 ± 0,8	S-1 : 0,554 S+1 : 0,128	U U
<b>ETP8</b> : « J'assume le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage »	S-1 : 3,1 ± 1,4 S+1 : 3,3 ± 1,1	S-1 : 3,7 ± 0,5 S+1 : 3,7 ± 0,5	S-1 : 2,5 ± 1,8 S+1 : 3,0 ± 1,4	S-1 : 0,325 S+1 : 0,597	U U
<b>ETP9</b> : « J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours »	S-1 : 1,8 ± 1,7 S+1 : 2,3 ± 1,8	S-1 : 1,5 ± 1,5 S+1 : 1,2 ± 1,6	S-1 : 2,2 ± 2,0 S+1 : 3,3 ± 1,2	S-1 : 0,677 S+1 : <b>0,030</b>	U U
<b>ETP10</b> : « J'ai conscience de l'importance de mon traitement »	S-1 : 2,9 ± 1,2 S+1 : 3,7 ± 0,6	S-1 : 2,8 ± 0,8 S+1 : 3,3 ± 0,8	S-1 : 3,0 ± 1,7 S+1 : 4,0 ± 0,0	S-1 : 0,448 S+1 : <b>0,038</b>	U U

ETP : Education thérapeutique médicamenteuse ; S-1 : Test pré-séance ; S+1 : Test post-séance

### 4.3. Données recueillies à la sortie du CETD

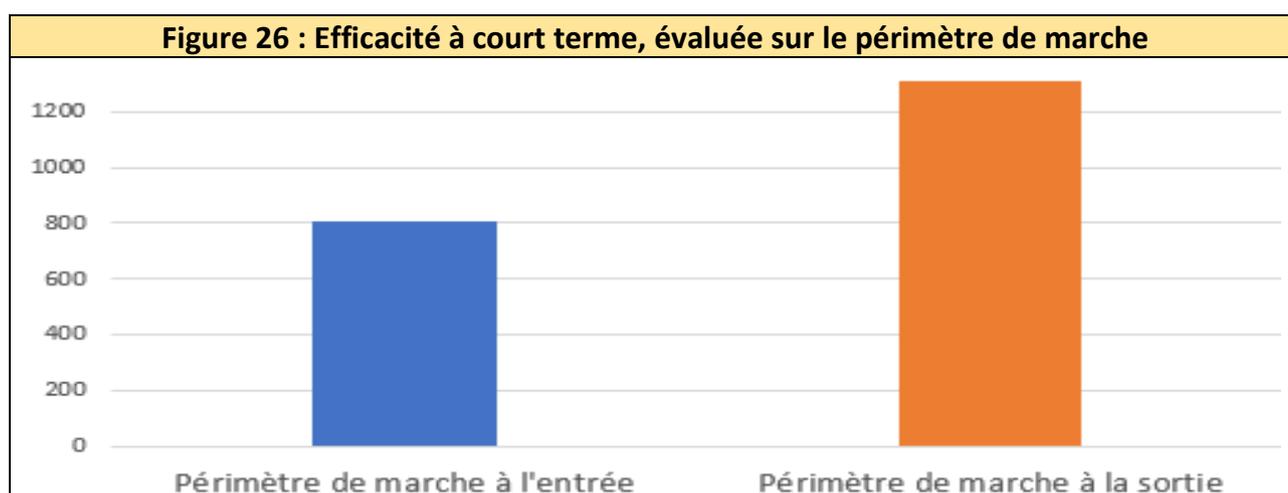
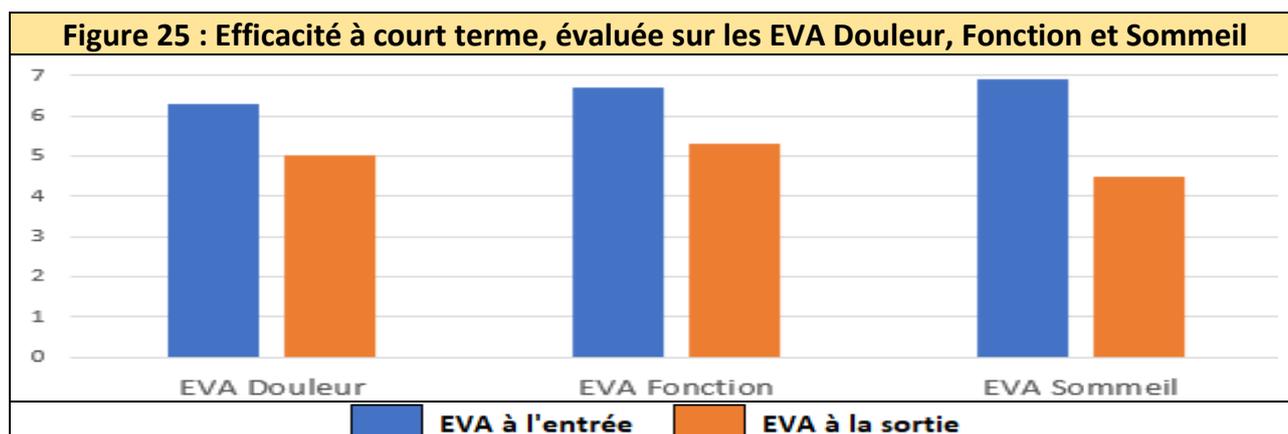
Dans la population étudiée, l'EVA Douleur était abaissée à 5,0 (*Versus* 6,3 à l'entrée), l'EVA Fonction avait également diminuée à 5,3 (*Versus* 6,7 à l'entrée), l'EVA Sommeil était améliorée à 4,5 (*Versus* 6,9), alors que le périmètre de marche avait augmenté à 1309,6 mètres (gain de 500 mètres durant le séjour). Le score d'ETP était amélioré à 25,0 (*Versus* 19,1). Le TENS était efficace à 35,7% (post-effet > ½ heure). L'amélioration globale appréciée par le patient atteignait 49,5%.

De nombreux paramètres étaient positivement prédictifs de RTW : périmètre de marche (p=0,009), EVA Douleur (p=0,019), post-effet du TENS (p=0,019), EVA Fonction (p=0,029) et EVA Sommeil (p=0,047).

### 4.4 Etude de l'efficacité du CETD (à court terme)

Toutes les variables comparables entre l'entrée et la sortie étaient significativement améliorées :

- Algologiques : EVA Douleur (p<0,0001) ;
- Fonctionnelles : EVA Fonction (p<0,0001), EVA Sommeil (p<0,0001), périmètre de marche (p<0,0001) ;
- Educatives : ETP Global (p=0,016).



Sur le plan de l'éducation thérapeutique, les sous-scores améliorés étaient les suivants :

- « J'ai trouvé des solutions autres que les médicaments pour gérer les pics » (p=0,036) ;
- « J'ai conscience de l'importance de mon traitement » (p=0,048).

<b>Tableau 14 : Analyse des dossiers – Données cliniques générales (évaluations de sortie)</b>					
	<b>Population</b> (n=74)	<b>Sans reprise</b> (n=31)	<b>Avec reprise</b> (n=43)	<b>Significativité</b> (p)	<b>Calcul</b>
<b>EVA Douleur (sur 10)</b>	5,0 ± 1,9	5,6 ± 1,9	4,5 ± 1,8	<b>0,019</b>	U
<b>EVA Fonction (sur 10)</b>	5,3 ± 1,7	5,9 ± 1,6	4,9 ± 1,7	<b>0,029</b>	U
<b>EVA Sommeil (sur 10)</b>	4,5 ± 2,5	5,2 ± 2,4	4,0 ± 2,3	<b>0,047</b>	U
<b>Périmètre de marche (mètres)</b>	1309,6 ± 651,5	1060,9 ± 678,2	1506,9 ± 596,4	<b>0,009</b>	U
<b>Education thérapeutique (post-séance)</b>	25,0 ± 5,5	23,0 ± 3,9	26,5 ± 6,3	0,216	U
<b>Efficacité du TENS (%)</b>	35,7 ± 29,5	33,8 ± 28,5	36,7 ± 0,3	0,874	U
<b>Post-effet du TENS (minutes)</b>	37,5 ± 74,2	5,0 ± 9,7	57,8 ± 89,3	<b>0,019</b>	U
<b>Amélioration globale (%)</b>	49,5 ± 21,3	45,3 ± 18,1	51,9 ± 22,8	0,263	U

<b>Tableau 15 : Analyse des dossiers</b>				
<b>Données cliniques générales (comparaison entrées / sorties)</b>				
	<b>A l'entrée</b> (n=74)	<b>A la sortie</b> (n=74)	<b>Significativité</b> (p)	<b>Calcul</b>
<b>EVA Douleur (sur 10)</b>	6,3 ± 1,4	5,0 ± 1,9	<b>&lt; 0,0001</b>	t
<b>EVA Fonction (sur 10)</b>	6,7 ± 1,5	5,3 ± 1,7	<b>&lt; 0,0001</b>	t
<b>EVA Sommeil (sur 10)</b>	6,9 ± 2,3	4,5 ± 2,5	<b>&lt; 0,0001</b>	t
<b>Périmètre de marche (mètres)</b>	809,0 ± 709,0	1309,6 ± 651,5	<b>&lt; 0,0001</b>	t
<b>Education thérapeutique (ETP sur 40)</b>	19,1 ± 6,8	25,0 ± 5,5	<b>0,016</b>	U
- Je comprends le rôle de chaque médicament (sur 4)	2,5 ± 1,3	3,2 ± 0,6	0,172	U
- Je sais quel(s) médicament(s) prendre et à quel moment (sur 4)	2,3 ± 1,2	3,0 ± 1,2	0,081	U
- Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (sur 4)	0,8 ± 1,1	1,5 ± 1,1	0,076	U
- Je pense que le traitement pourra faire disparaître mes douleurs (sur 4)	2,2 ± 1,4	2,3 ± 1,4	0,849	U
- J'ai trouvé des solutions autres que les médicaments pour gérer les pics (sur 4)	1,8 ± 1,4	2,9 ± 1,1	<b>0,036</b>	U
- Je pense que je fais des écarts, des erreurs avec mon traitement (sur 4)	0,8 ± 1,1	2 ± 1,8	0,076	U
- J'ai une appréhension à prendre mon traitement (sur 4)	1,1 ± 1,3	0,8 ± 0,8	0,784	U
- J'assume le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage (sur 4)	3,1 ± 1,4	3,3 ± 1,1	0,746	U
- J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours (sur 4)	1,8 ± 1,7	2,3 ± 1,8	0,469	U
- J'ai conscience de l'importance de mon traitement (sur 4)	2,9 ± 1,2	3,7 ± 0,6	<b>0,048</b>	U

ETP : Education thérapeutique médicamenteuse

#### 4.5. Données des consultations de suivi à 1 an et 2 ans

##### 1) Données des consultations de suivi à 1 an

Dans la population étudiée, l'EVA Douleur était cotée en moyenne à 5,8/10. L'EVA la plus forte du QCD était l'EVA Travail habituel (6,9/10), la meilleure était l'EVA Goût de vivre (4,2/10). Le soulagement global était estimé à 37,8%. Les HAD Anxiété et Dépression étaient inférieures au seuil diagnostique (10,5 et 8,5). La consommation médicamenteuse était abaissée (MQS-I à 9,4 *Versus* 11,6 à l'admission) : moindre fréquence des traitements dépendogènes (21,7% *Vs* 35,1%) et des benzodiazépines (10,0% *Vs* 20,3%). Les mesures d'aménagements du travail s'étaient fortement accrues : les adaptations quantitatives étaient augmentées (57,1% *Vs* 8,1%), tout comme les adaptations qualitatives du poste (52,4% *Vs* 6,8%). Les consultations de Pathologies professionnelles (CPPE) ont été assurées pour 43,2% des patients. Parallèlement, la proportion de RQTH avait discrètement augmenté (36,9% *Vs* 33,8%), de même que la proportion des invalidités s'était amplifiée : catégorie 1 (9,5% *Vs* 6,8%) et catégorie 2 (9,5% *Vs* 2,7%).

La consultation de Pathologie professionnelle s'est avérée le seul facteur prédictif de reprise ( $p=0,036$ ), dans le cadre des paramètres évalués sur la période de suivi pendant les 12 mois post-admission .

Les facteurs prédictifs de non-reprise étaient l'EVA Capacité à marcher ( $p=0,004$ ), l'EVA Douleur ( $p=0,013$ ), l'HAD Dépression ( $p=0,040$ ) et l'EVA Goût de vivre ( $p=0,041$ ), avec une tendance prédictive également négative pour l'EVA Fonction ( $p=0,097$ ).

##### 2) Données des consultations de suivi à 2 ans

Dans la population étudiée, l'EVA Douleur était abaissée à 5,6/10, l'EVA la plus forte du QCD était aussi abaissée : EVA travail habituel à 6,6/10. La meilleure était toujours l'EVA Goût de vivre cotée à 4,1/10. *A contrario*, le soulagement à 2 ans était plus faible (-12,1%) et l'HAD Dépression avait gagné 1,1 point. De même, la consommation médicamenteuse avait augmenté de 0,6 point au niveau du MQS-I. Pareillement, la proportion de traitements dépendogènes s'était accrue de +3,9%, tout comme la prise de benzodiazépines *stricto sensu* normodosées (+2,8%). Au niveau socioprofessionnel, les adaptations quantitatives étaient moins nombreuses (-10,4%), alors que les qualitatives avaient augmenté (+4,3%). La proportion de RQTH était nettement plus importante (+17,2%), réciproquement pour les invalidités en catégorie 1 (+16,5%), avec une augmentation encore plus drastique pour les catégories 2 (+34,5%).

Les facteurs prédictifs de non-reprise étaient d'ailleurs l'invalidité en catégorie 2 ( $p=0,004$ ).

La RQTH présentait une tendance prédictive de reprise du travail (64,9% *Vs* 37,5%,  $p=0,065$ ).

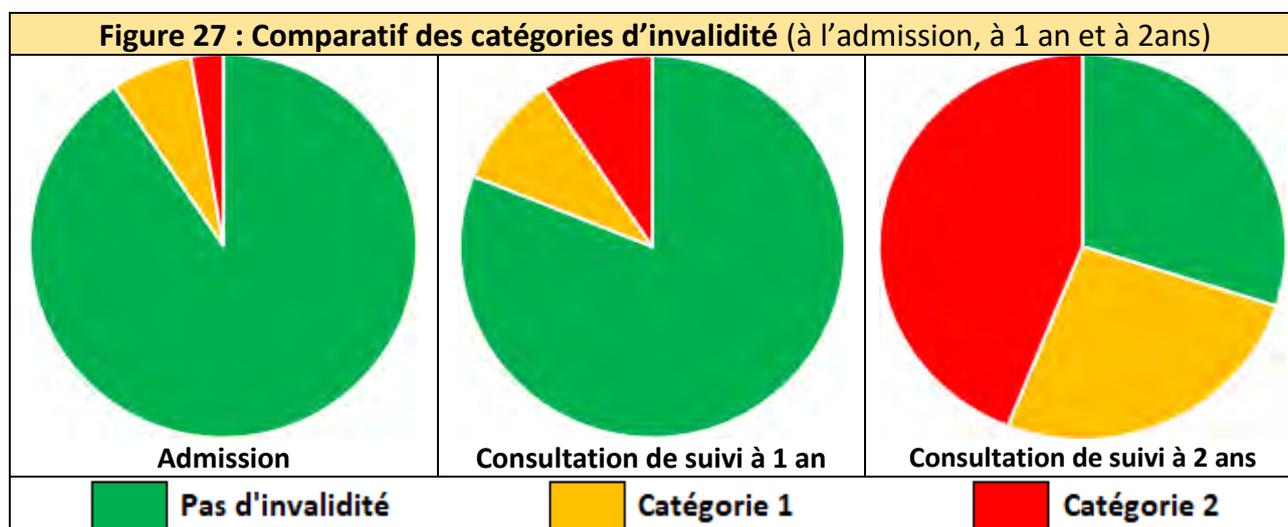


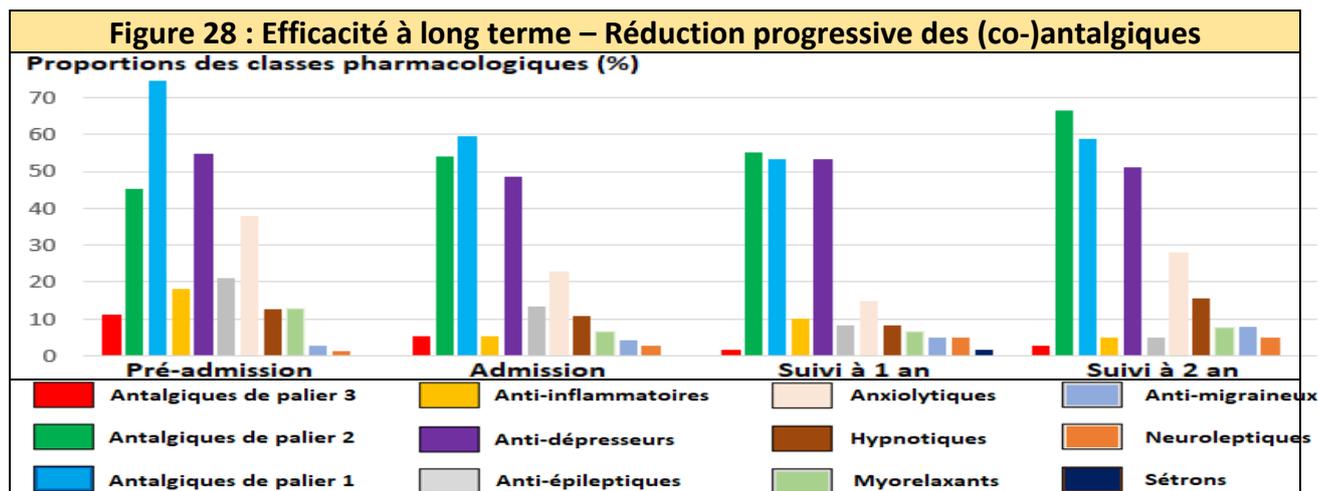
Tableau 16 : Analyse des dossiers – Consultations de suivi à 1 an et 2 ans					
Données fonctionnelles, psychologiques, pharmacologiques, professionnelles (à 1 an)					
	Population (n=74)	Sans reprise (n=31)	Avec reprise (n=43)	Significativité (p)	Calcul
EVA Douleur (sur 10)	5,8 ± 1,8	6,6 ± 1,6	5,4 ± 1,8	<b>0,013</b>	U
EVA Fonction (sur 10)	6,7 ± 2,2	7,5 ± 1,4	6,0 ± 2,5	0,097	U
EVA Fatigue (sur 10)	6,3 ± 2,8	–	6,3 ± 2,8	–	
EVA Activité générale (sur 10)	6,1 ± 2,4	6,6 ± 2,2	5,9 ± 2,5	0,439	U
EVA Humeur (sur 10)	5,6 ± 2,3	5,9 ± 2,2	5,3 ± 2,3	0,349	U
EVA Capacité à marcher (sur 10)	5,8 ± 2,8	7,3 ± 2,1	4,8 ± 2,7	<b>0,004</b>	U
EVA Travail habituel (sur 10)	6,9 ± 2,4	7,7 ± 1,9	6,4 ± 2,6	0,113	U
EVA Relation avec les autres (sur 10)	4,9 ± 2,9	5,6 ± 2,7	4,5 ± 3,1	0,257	U
EVA Sommeil (sur 10)	6,4 ± 2,7	7,3 ± 2,1	5,9 ± 2,9	0,106	U
EVA Goût de vivre (sur 10)	4,2 ± 2,9	5,3 ± 2,8	3,5 ± 2,8	<b>0,041</b>	U
Soulagement (%)	37,8 ± 22,7	33,3 ± 18,7	41,4 ± 25,9	0,486	U
HAD Anxiété (sur 21)	10,5 ± 3,7	11,6 ± 3,7	9,8 ± 3,6	0,233	U
HAD Dépression (sur 21)	8,5 ± 3,8	9,8 ± 3,6	7,6 ± 3,5	<b>0,040</b>	U
MQS-I	9,4 ± 7,1	9,8 ± 7,5	9,1 ± 6,9	0,789	U
DG (Traitements dépendogènes)	13/60 (21,7%)	7/27 (25,9%)	6/33 (18,2%)	0,468	χ <sup>2</sup>
BZDn (Benzodiazépines <i>stricto sensu</i> normodosées)	6/60 (10,0%)	4/27 (14,8%)	2/33 (6,1%)	0,394	F
Adaptation quantitative	12/21 (57,1%)	–	11/21 (52,4%)	–	
Adaptation qualitative	11/21 (52,4%)	–	12/21 (53,8%)	–	
Consultation CPPE	32 (43,2%)	9 (29,0%)	23 (53,5%)	<b>0,036</b>	χ <sup>2</sup>
RQTH	27/73 (36,9%)	11/31 (35,5%)	16/42 (38,1%)	0,819	χ <sup>2</sup>
Invalidité : - Aucune	60 (81,1%)	23 (74,2%)	37 (86,0%)	0,129	χ <sup>2</sup>
- Catégorie 1	7 (9,5%)	3 (9,7%)	4 (9,3%)	1	F
- Catégorie 2	7 (9,5%)	5 (16,1%)	2 (4,7%)	0,230	F
Données fonctionnelles, psychologiques, pharmacologiques, professionnelles (à 2 ans)					
EVA Douleur (sur 10)	5,6 ± 1,9	5,8 ± 1,7	5,5 ± 2,0	0,753	U
EVA Fonction (sur 10)	6,2 ± 2,1	6,3 ± 1,8	6,2 ± 2,8	0,938	U
EVA Fatigue (sur 10)	4,3 ± 2,5	–	3,0 ± 1,4	–	
EVA Activité générale (sur 10)	6,2 ± 2,0	7,1 ± 0,9	5,7 ± 2,3	0,165	U
EVA Humeur (sur 10)	5,2 ± 2,1	5,2 ± 2,4	5,2 ± 1,9	0,964	U
EVA Capacité à marcher (sur 10)	5,8 ± 2,8	6,3 ± 2,8	5,5 ± 2,8	0,466	U
EVA Travail habituel (sur 10)	6,6 ± 2,4	6,8 ± 1,7	6,4 ± 2,8	1	U
EVA Relation avec les autres (sur 10)	4,4 ± 2,8	4,7 ± 2,6	4,2 ± 2,9	0,632	U
EVA Sommeil (sur 10)	6,6 ± 2,5	6,4 ± 2,4	6,7 ± 2,6	0,612	U
EVA Goût de vivre (sur 10)	4,1 ± 3,1	4,9 ± 2,6	3,6 ± 3,3	0,491	U
Soulagement (%)	25,7 ± 24,4	32,9 ± 24,9	10,9 ± 25,4	0,747	U
HAD Anxiété (sur 21)	9,5 ± 4,7	11,4 ± 4,7	8,4 ± 4,5	0,123	U
HAD Dépression (sur 21)	9,6 ± 4,6	10,2 ± 5,4	7,7 3,9	0,236	U
MQS-I	10,0 ± 8,1	10,6 ± 8,9	9,6 ± 7,7	0,667	U
DG : Traitements dépendogènes	10/39 (25,6%)	3/16 (18,8%)	7/23 (30,4%)	0,479	F
BZDn : Benzodiazépines <i>stricto sensu</i> normodosées	5/39 (12,8%)	3/16 (18,8%)	2/23 (8,7%)	0,631	F
Adaptation quantitative	14/30 (46,7%)	–	14/30 (46,7%)	–	
Adaptation qualitative	17/30 (56,7%)	–	17/30 (56,7%)	–	
RQTH	33/61 (54,1%)	9/24 (37,5%)	24/37 (64,9%)	0,065	F
Invalidité : - Aucune	15/50 (30,0%)	4/23 (17,4%)	11/27 (40,7%)	0,121	F
- Catégorie 1	13/50 (26,0%)	5/23 (21,7%)	8/27 (29,6%)	0,747	F
- Catégorie 2	22/50 (44,0%)	14/23 (60,9%)	8/27 (29,6%)	<b>0,004</b>	F
Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (χ <sup>2</sup> ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

## 4.7 Etude de l'efficacité de la filière CETD/CRF (à long terme)

### 4.7.1 Efficacité sur le plan pharmacologique

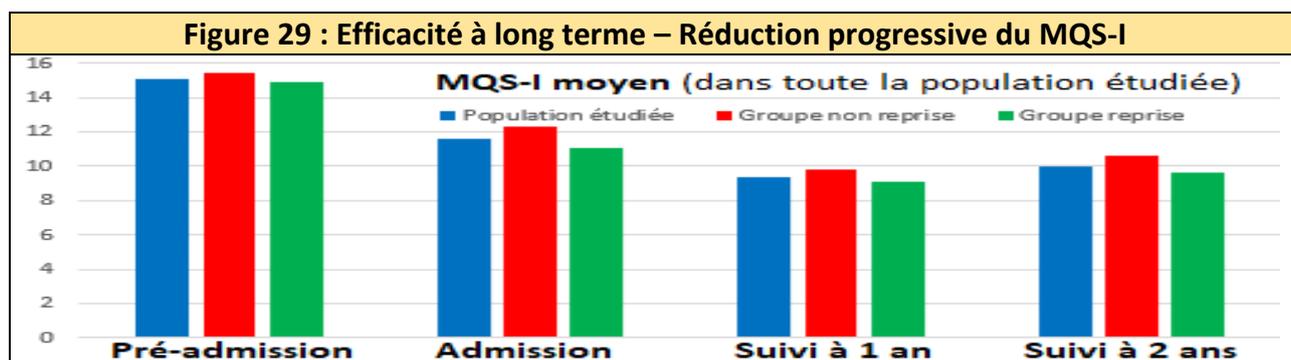
#### 1) Etude des classes médicamenteuses :

La pré-admission précède de quelques semaines l'admission : entre les 2, nous observons une réduction significative des anti-inflammatoires (18,3% abaissé à 5,4%,  $p=0,019$ ) et anxiolytiques (38,0% abaissé à 22,9%,  $p=0,049$ ) et une tendance à la baisse du paracétamol (74,6% à 59,5%,  $p=0,052$ ). Entre l'admission et le suivi à 1 an, nous constatons une diminution significative du paracétamol (59,5% abaissé à 53,3%,  $p=0,024$ ) et des anxiolytiques (22,9% à 15,0%,  $p=0,021$ ). Entre la pré-admission et le suivi à 1 an, nous remarquons une baisse frappante et significative des opioïdes forts (11,3% descendu à 1,7%,  $p=0,038$ ).



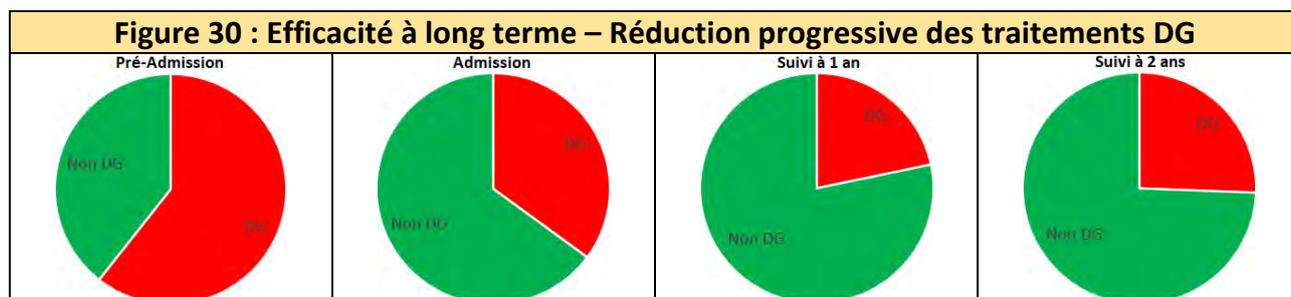
#### 2) Etude du MQS moyen :

Entre la pré-admission et l'admission, le MQS-I diminue significativement (15,1 abaissé à 11,6,  $p=0,009$ ), puis il décroît significativement en 1 an de 11,6 à 9,4 ( $p=0,049$ ), ensuite il réaugmente légèrement à 10,0. Cependant, il reste significativement plus bas que lors de la consultation de pré-admission ( $p=0,002$ ). Le MQS-III ne diffère pas du MQS-I (11,8 Vs 11,6 à l'admission,  $p=0,543$ ) : nous en confirmons la validité.



#### 3) Etude de la proportion de traitements dépendogènes (DG) :

Nous notons une baisse significative des DG de la pré-admission à l'admission (de 60,6 à 35,1%,  $p=0,002$ ), puis une tendance à la diminution de l'admission au suivi à 1 an (réduction de 35,1 à 21,7%,  $p=0,087$ ).



#### 4) Etude de la proportion de benzodiazépines *stricto sensu* normodosées (BZDn) :

Nous notons une baisse significative des BZDn de la pré-admission à l'admission (de 36,6% à 18,9%,  $p=0,017$ ), puis une moindre décroissance de l'admission au suivi à 1 an (de 18,9% à 10,0%,  $p=0,149$ ).

##### 4.7.2 Efficacité clinique globale

L'efficacité à long terme a pu être étudiée, par comparaison des résultats à l'admission avec les paramètres évalués lors des évaluations de suivi à 1 an et à 2 ans.

L'efficacité à 1 an est objectivée sur des facteurs fonctionnel, pharmacologique et socioprofessionnel :

- Fonctionnel : EVA Goût de vivre ( $p=0,036$ ),
- Pharmacologique : MQS-I ( $p=0,049$ ),
- Socioprofessionnel : Adaptations quantitative/qualitative ( $p<0,0001$ ), hausse de +49%/+45,6%.

L'efficacité à 2 ans est démontrée sur des facteurs algologique, fonctionnels et socioprofessionnel :

- Algologique : EVA Douleur ( $p=0,012$ ),
- Fonctionnels : EVA Activité générale ( $p=0,049$ ), EVA Travail habituel ( $p=0,049$ ),
- Socioprofessionnels : Adaptations quantitative/qualitative ( $p<0,0001$ ), gain de +38,6%/+49,9%

La proportion de personnes en invalidité a significativement augmenté à 2 ans :

- Catégorie 1 : 26,0% Vs 6,8% ( $p=0,003$ ),
- Catégorie 2 : 44,0% Vs 2,7% ( $p<0,0001$ ).

Tableau 17 : Analyse des dossiers (sur l'ensemble de la population)							
Comparaison des évaluations d'admission avec les évaluations de suivi à 1 an et 2 ans							
	Admission	Suivi à 1 an	Suivi à 2 ans	Comparaison		Comparaison	
				Admission – 1 an		Admission – 2 ans	
EVA Douleur	6,3 ± 1,4	5,8 ± 1,8	5,6 ± 1,9	0,067	t	0,012	t
EVA Fonction	6,7 ± 1,5	6,7 ± 2,2	6,2 ± 2,1	0,772	U	0,447	U
EVA Fatigue	6,8 ± 1,7	6,3 ± 2,8	4,3 ± 2,5	0,832	U	0,086	U
EVA Activité générale	7,3 ± 1,9	6,1 ± 2,4	6,2 ± 2,0	0,061	U	0,049	U
EVA Humeur	5,3 ± 2,4	5,6 ± 2,3	5,2 ± 2,1	0,709	t	0,377	t
EVA Capacité à marcher	6,5 ± 2,3	5,8 ± 2,8	5,8 ± 2,8	0,077	t	0,107	t
EVA Travail habituel	7,4 ± 1,9	6,9 ± 2,4	6,6 ± 2,4	0,113	t	0,049	t
EVA Relations	4,6 ± 3,1	4,9 ± 2,9	4,4 ± 2,8	0,659	t	0,348	t
EVA Sommeil	6,9 ± 2,3	6,4 ± 2,7	6,6 ± 2,5	0,154	t	0,231	t
EVA Goût de vivre	4,4 ± 2,9	4,2 ± 2,9	4,1 ± 3,1	0,036	t	0,309	t
Soulagement (%)	37,5 ± 28,9	37,8 ± 22,7	25,7 ± 24,4	0,562	U	0,839	U
HAD Anxiété (sur 21)	10,8 ± 4,5	10,5 ± 3,7	9,5 ± 4,7	0,365	t	0,104	t
HAD Dépression (sur 21)	9,3 ± 4,6	8,5 ± 3,8	9,6 ± 4,6	0,129	t	0,229	t
MQS-I	11,6 ± 8,3	9,4 ± 7,1	10,0 ± 8,1	0,049	t	0,157	t
Traitement dépendogène	26/74 (35,1%)	13/60 (21,7%)	10/39 (25,6%)	0,087	$\chi^2$	0,303	$\chi^2$
BZDn ( <i>stricto sensu</i> )	14/74 (18,9%)	6/60 (10,0%)	5/39 (12,8%)	0,149	$\chi^2$	0,409	$\chi^2$
Adaptation quantitative	6 (8,1%)	12/21 (57,1%)	14/30 (46,7%)	< 0,0001	$\chi^2$	< 0,0001	$\chi^2$
Adaptation qualitative	5 (6,8%)	11/21 (52,4%)	17/30 (56,7%)	< 0,0001	$\chi^2$	< 0,0001	$\chi^2$
RQTH	25 (33,8%)	27/73 (36,9%)	33/61 (54,1%)	0,685	$\chi^2$	0,018	$\chi^2$
<b>Invalidité</b>							
- Aucune	67 (90,5%)	60 (81,1%)	15/50 (30,0%)	0,099	$\chi^2$	< 0,0001	$\chi^2$
- Catégorie 1	5 (6,8%)	7 (9,5%)	13/50 (26,0%)	0,547	$\chi^2$	0,003	$\chi^2$
- Catégorie 2	2 (2,7%)	7 (9,5%)	22/50 (44,0%)	0,166	F	< 0,0001	F
<b>Evaluations</b> : diminution en vert, augmentation en rouge							
<b>EVA</b> : Echelle visuelle analogique (sur 10)							
<b>HAD</b> : Hospital Anxiety and Depression scale ; <b>MQS-I</b> : Medication Quantification Scale (QCM Version I)							
<b>RQTH</b> : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé							

## 5. Données agrégées des dossiers et questionnaires

### 5.1. Données agrégées à l'admission

Dans la population, le niveau d'étude correspondait souvent à des qualifications type CAP/BEP (51,4%). Sur le plan assurantiel, 67,6% des patients dépendaient du régime général (21,6% du régime spécial des fonctionnaires). Les contrats de travail se ventilaient entre CDI (78,4%), CDD (16,2%) et CTT (5,4%) avec absence de CESU/CAE/alternance. L'effectif des entreprises était souvent inférieur à 50 salariés (33,8%).

La taille de l'entreprise semblait être un facteur prédictif de reprise ( $p=0,002$ ) : un effectif  $\geq 50$  salariés paraissait fortement prédictif de reprise du travail ( $p=0,0002$ ).

Les facteurs prédictifs de non-reprise étaient à l'inverse un effectif de moins de 50 salariés ( $p=0,0002$ ) et plus particulièrement, un effectif de 10 à 49 salariés ( $p=0,001$ ).

Tableau 18 : Données agrégées des dossiers et questionnaires					
Situation professionnelle (à l'admission)					
	Population (n=74)	Sans reprise (n=31)	Avec reprise (n=43)	Significativité (p)	Calcul
<b>Niveau d'étude</b>				0,667	F
- 1 (VI) : Niveau 3 <sup>ème</sup>	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)		
- 2 (V bis) : Niveau CAP / BEP	2 (2,7%)	1 (3,2%)	1 (2,3%)		
- 3 (V) : CAP /BEP	38 (51,4%)	15 (18,4%)	23 (53,5%)		
- 4 (IV) : Baccalauréat	22 (29,7%)	12 (38,7%)	10 (23,3%)		
- 5 (III) : Bac +2 (DEUG, BTS, DUT)	5 (6,8%)	2 (6,5%)	3 (6,9%)		
- 6 (II) : Bac +3 (Licence)	4 (5,4%)	1 (3,2%)	3 (6,9%)		
- 7 (I) : Bac +5 (Master)	2 (2,7%)	0 (0,0%)	2 (4,7%)		
- 8 (I) : Bac +8 (Doctorat)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
<b>Régime assurantiel</b>				0,875	F
- Régime général	50 (67,6%)	21 (67,7%)	29 (67,4%)		
- Fonction publique	16 (21,6%)	7 (22,6%)	9 (20,9%)		
- MSA (Mutuelle sociale agricole)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)		
- Régimes spéciaux (SNCF, étudiant...)	1 (1,4%)	1 (3,2%)	0 (0,0%)		
- RSI (Régime social des indépendants)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Chômage (en recherche d'emploi)	6 (8,1%)	2 (6,5%)	4 (9,3%)		
- Inactivité	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
<b>Contrat de travail</b>				0,172	F
- CDI (Contrat à durée indéterminée)	58 (78,4%)	22 (70,9%)	36 (83,7%)		
- CDD (Contrat à durée déterminée)	12 (16,2%)	8 (25,8%)	4 (9,3%)		
- CTT (Contrat de travail temporaire, intérim)	4 (5,4%)	1 (3,2%)	3 (6,9%)		
- CESU (Chèque emploi service universel)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- CUI-CAE / CUI-CIE (Contrat unique d'insertion, accompagnement / initiative emploi)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Alternance (Contrat d'apprentissage, ou de professionnalisation)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Autres situations	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
<b>Taille de l'entreprise</b>				0,002	F
- Effectif de moins de 10 salariés	15 (20,3%)	9 (29,0%)	6 (13,9%)	0,111	$\chi^2$
- Effectif de 10 à 49 salariés	10 (13,5%)	9 (29,0%)	1 (2,3%)	0,001	F
- Effectif de 50 à 249 salariés	17 (23,9%)	5 (16,1%)	12 (27,9%)	0,235	$\chi^2$
- Effectif de 250 à 4999 salariés	18 (24,3%)	4 (12,9%)	14 (32,6%)	0,060	F
- Effectif de plus de 5000 salariés	14 (18,9%)	4 (12,9%)	10 (23,3%)	0,369	F
- Effectif de moins de 50 salariés	25 (33,8%)	18 (58,1%)	7 (16,3%)	0,0002	$\chi^2$
- Effectif d'au moins 50 salariés	49 (66,2%)	13 (41,9%)	36 (83,7%)	0,0002	$\chi^2$
<b>Calcul statistique</b> : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

## 5.2. Données agrégées dans les 2 ans post-admission

### 1) Dans de groupe non reprise :

Sur le plan de l'Assurance maladie, 33,3% des salariés ont été en arrêt de travail pendant au moins 2 ans dans le cadre d'une MO (maladie ordinaire sans AT/MP) et 29,0% ont été en MO puis en inactivité.

Des dispositifs propres à la fonction publique ont été mis en place : CLM (9,7%), CLD (3,2%), DO (3,2%).

La fin du contrat de travail s'est effectuée essentiellement par fin de contrat (près de 45,2%), ainsi que par licenciement pour inaptitude médicale à tout poste (33,3%) et par rupture conventionnelle (6,5%).

La plupart des salariés disposaient d'une RQTH (67,7%) ou d'une pension d'invalidité (65,5%).

### 2) Dans le groupe reprise :

Le délai de retour au travail a été de 10,9 mois, avec un maintien dans l'emploi (39,5%), majoritairement à temps partiel (53,5%). Le maintien en emploi a été marqué par une étape d'inaptitude (23,3%).

La reprise a généralement été effectuée dans le cadre d'un CDI (58,1%) ou d'un CDD (11,6%), plus rarement dans un contexte de mission d'intérim (9,3%) ou d'activité en alternance (6,9%).

La retour au travail s'est avéré durable :

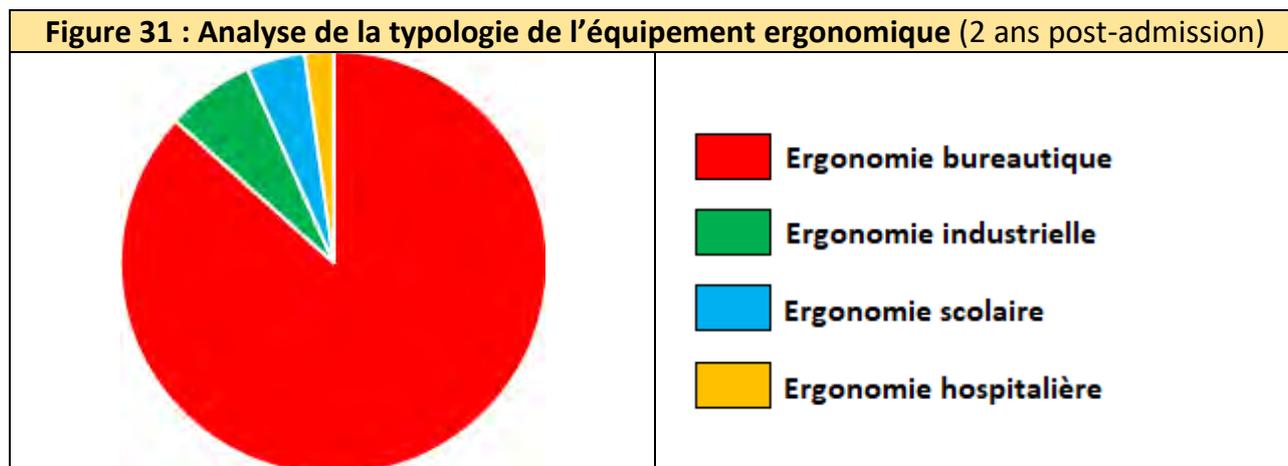
- **Durée d'emploi** : moyenne de 50,6 mois (en avril 2020), dont un emploi de 183 mois (15 ans).
- **Pérennité des emplois** en 2020 : 32,6%.

### 3) Aménagements ergonomiques :

L'installation d'équipements ergonomiques s'est déployée dans le domaine des activités bureautiques (86,7%), secteurs industriels (6,7%), postes en établissements scolaires (4,4%) et hospitaliers (2,2%).

Le matériel le plus usuellement mis en place a été le fauteuil ergonomique (31,1%), ainsi que les écrans de tailles adaptées (8,9%). Les adaptations facilitant la manutention manuelle ont été fréquentes (6,6%).

Figure 31 : Analyse de la typologie de l'équipement ergonomique (2 ans post-admission)



<b>Tableau 19 : Données agrégées des dossiers et questionnaires</b>			
<b>Situation professionnelle (dans les 2 ans post-admission)</b>			
<b>Groupe non reprise (n=31)</b>		<b>Groupe reprise (n=43)</b>	
<b>Statut assurantiel</b>		<b>Délai du retour au travail (mois)</b>	10,9 ± 6,9
- MO (Maladie ordinaire)	7 (33,3%)	<b>Maintien en activité</b>	
- AT (Arrêt en accident du travail)	0 (0,0%)	- Même poste, même entreprise	17 (39,5%)
- CLM (Congé longue maladie)	3 (9,7%)	- Autre poste, même entreprise	9 (20,9%)
- CLD (Congé longue durée)	1 (3,2%)	- Même poste, autre entreprise	4 (9,3%)
- DO (Disponibilité d'office)	1 (3,2%)	- Autre poste, autre entreprise	13 (30,2%)
- Chômage	3 (9,7%)	<b>Adaptation du temps de travail</b>	
- MO puis inactivité	9 (29,0%)	- Temps plein	20 (46,5%)
- Inactivité	6 (19,4%)	- Temps partiel	23 (53,5%)
- Retraite pour invalidité	1 (3,2%)	<b>Fin du contrat de travail</b>	
- Retraite	0 (0,0%)	- Licenciement pour inaptitude	10 (23,3%)
<b>Fin du contrat de travail</b>		- Rupture conventionnelle	2 (4,7%)
- Inaptitude à un poste	1 (3,2%)	- Démission	0 (0,0%)
- Inaptitude à tout poste	7 (33,3%)	- Abandon de poste	0 (0,0%)
- Inaptitude définitive	0 (0,0%)	- Autres situations (fin de contrat...)	5 (11,6%)
- Rupture conventionnelle	2 (6,5%)	<b>Contrat de reprise</b>	
- Démission et abandon de poste	0 (0,0%)	- CDI (Contrat à durée indéterminée)	25 (58,1%)
- Autre situation (fin de contrat...)	14 (45,2%)	- CDD (Contrat à durée déterminée)	5 (11,6%)
- Données manquantes	5 (16,1%)	- CTT (Contrat de travail temporaire)	4 (9,3%)
<b>RQTH</b>	21 (67,7%)	- CESU (Chèque emploi service)	0 (0,0%)
<b>Pension d'invalidité</b>		- CUI (Contrat unique d'insertion)	1 (2,3%)
- Aucune	11 (35,5%)	- Alternance (Professionnalisation...)	3 (6,9%)
- 1 <sup>ère</sup> catégorie	3 (9,7%)	- Autres situations ou non renseigné	5 (11,6%)
- 2 <sup>ème</sup> catégorie	17 (54,8%)	<b>Durée de l'emploi en avril 2020 (mois)</b>	50,6 ± 48,3
- 3 <sup>ème</sup> catégorie	0 (0,0%)	<b>Emplois encore pérennes en 2020</b>	14 (32,6%)

<b>Tableau 20 : Données agrégées des dossiers et questionnaires</b>	
<b>Aménagements matériels</b>	
<b>(dans les 2 ans post-admission)</b>	
	<b>% = pourcentage des aménagements</b>
<b>Ergonomie bureautique</b>	<b>39 (86,7%)</b>
- Fauteuil ergonomique	14 (31,1%)
- Ecran de taille adaptée	4 (8,9%)
- Repose-pied, Repose-document, Clavier ergonomique, Bureau à hauteur variable	3 (6,7%)
- Souris verticale, Rangement à hauteur	2 (4,4%)
- PC allégé, Casque d'écoute, Lampe d'architecte, Repose-poignet	1 (2,2%)
- Aide technique d'ergothérapie (coussin de positionnement)	1 (2,2%)
<b>Ergonomie industrielle</b>	<b>3 (6,7%)</b>
- Chariot de manutention, Transpalette électrique	1 (2,2%)
- Outil ergonomique (visseuse allégée)	1 (2,2%)
<b>Ergonomie scolaire</b>	<b>2 (4,4%)</b>
- Cartable à roulettes, Lutrin	1 (2,2%)
<b>Ergonomie hospitalière</b>	<b>1 (2,2%)</b>
- Rails de manutention	1 (2,2%)
<b>TOTAL</b>	<b>45 (100,0%)</b>

#### 4) Modalité de retour au travail :

Le **maintien en activité** se répartit ainsi : maintien dans l'emploi (39,5%), changement d'activité (reconversion professionnelle, 30,3%), reclassements internes (20,9%), et embauches au même poste au sein d'une nouvelle entreprise (9,3%). **Les reclassements internes** ont souvent eu lieu par montée en compétences et responsabilités (cantinière devenue gestionnaire de cantine). **Les reconversions professionnelles** ont été réussies par changement de secteur d'activité (facteur devenu mécanicien).

<b>Tableau 21 : Données agrégées – Retour au travail (dans les 2 ans post-admission), n=43</b>	
<b>Même poste, même entreprise : maintien au poste</b>	17 (39,5%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillant de collège privé, Agent de développement local (FPT)</li> <li>- Responsable maintenance informatique, Professeur d'anglais (collège privé)</li> <li>- Mécanicien de bus, Aide à domicile</li> <li>- Mécanicien automobile, Secrétaire en clinique privé</li> <li>- Assistante commerciale (FPT), Ouvrière en biscuiterie</li> <li>- Agent administratif (FPT), Auxiliaire de vie (association)</li> <li>- Ouvrier de découpe de viandes, Agent hospitalier</li> <li>- Agent receveur de péage, Assistante maternelle</li> <li>- Agent d'entretien (FPE)</li> </ul>	
<b>Autre Poste, même entreprise : reclassement interne</b>	9 (20,9%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantinière =&gt; Gestionnaire de cantine scolaire</li> <li>- Conseillère commerciale en téléphonie =&gt; Chargée de gestion des livraisons</li> <li>- Employée de bureau (FPT) =&gt; Agent technique chargé du service courrier (FPT)</li> <li>- Formatrice (FPT) =&gt; Experte en prestation familiale (FPT)</li> <li>- Responsable de centre (FPT) =&gt; Auditeur interne (FPT)</li> <li>- Technicienne d'essai (BTP) =&gt; Responsable d'équipe (BTP)</li> <li>- Agent administratif =&gt; Agent de sécurité</li> <li>- Responsable communication marketing =&gt; Chargé de projet</li> <li>- Agent d'entretien (FPT) =&gt; Ouvrière en production aéronautique</li> </ul>	
<b>Même poste, autre entreprise : maintien de l'activité</b>	4 (9,3%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide-soignante de nuit (FPH), Auxiliaire de vie (EHPAD)</li> <li>- Hôtesse d'accueil (FPT), Aide-soignante (clinique privée)</li> </ul>	
<b>Autre poste, autre entreprise : changement d'activité</b>	13 (30,3%)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serveuse en restauration =&gt; Agent de nettoyage et auto-entrepreneur</li> <li>- Aide à domicile =&gt; Hôtesse de caisse</li> <li>- Aide à domicile =&gt; Secrétaire</li> <li>- Serveuse de bar =&gt; Agent hospitalier en EHPAD</li> <li>- Téléconseillère clientèle en téléphonie =&gt; Assistante maternelle</li> <li>- Télévendeuse =&gt; Secrétaire dentaire</li> <li>- Commercial en carrosserie =&gt; Auto-entrepreneur (revendeur d'objets d'art)</li> <li>- Facteur =&gt; Mécanicien automobile</li> <li>- Contrôleur de gestion =&gt; Auto-entrepreneur (conseiller aux entreprises)</li> <li>- Assistante de Direction =&gt; Couturière</li> <li>- Distributrice de journaux et exploitante agricole (MSA) =&gt; Chauffeur poids lourds</li> <li>- Aide à domicile (association) =&gt; Ouvrière de fabrication</li> <li>- Ouvrière (production de pièces automobiles) =&gt; Ouvrière (production aéronautique)</li> </ul>	
<b>FPE : Fonction publique d'État, FPH : Fonction publique hospitalière, FPT : Fonction publique territoriale</b>	
<b>BTP : Bâtiments et travaux publics, MSA : Mutuelle sociale agricole</b>	
<b>EHPAD : Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes</b>	

## 6. Analyse des questionnaires

### 6.1. Données subjectives

#### 6.1.1. Situation juste avant l'admission

Parmi les répondants (n=61), le vécu du travail était marqué par le stress professionnel (57,4%) et l'absence de récompense ou de reconnaissance, avec collectif dégradé (45,9%). La pénibilité se traduisait par des postures contraignantes (77,0%), des postes non adaptés (65,6%) et la dureté du travail (59,0%).

Les **facteurs prédictifs de non reprise** étaient l'impression que « *On m'en demande trop* » (p=0,019), « *J'ai peu de marges de manœuvre* » (p=0,021), entrave au développement des compétences (p=0,029).

Les convictions suivantes présentaient une tendance prédictive de non reprise : « *On m'empêche de faire un travail de qualité* » (p=0,063), « *Travail physique dur* » (p=0,066), « *On ne reconnaît pas la valeur de mon travail* » et « *On ne me récompense pas assez* » (p=0,068), « *On m'impose tout* » (p=0,069).

Tableau 22 : Analyse des questionnaires – Données subjectives (juste avant l'admission)					
	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Quel était votre vécu au travail ? (sur votre poste occupé juste avant l'admission)</b>					
- L'ambiance de travail est mauvaise	20 (32,8%)	9 (39,1%)	11 (28,9%)	0,412	$\chi^2$
- On me laisse peu d'autonomie	15 (24,6%)	8 (34,8%)	7 (18,4%)	0,150	$\chi^2$
- J'ai peu de marges de manœuvre	12 (19,7%)	8 (34,8%)	4 (10,5%)	<b>0,021</b>	F
- On ne me permet pas de développer mes compétences	19 (31,1%)	11 (47,8%)	8 (21,1%)	<b>0,029</b>	$\chi^2$
- On m'en demande trop	28 (45,9%)	15 (65,2%)	13 (34,2%)	<b>0,019</b>	$\chi^2$
- On ne m'aide pas	25 (40,9%)	12 (52,2%)	13 (34,2%)	0,167	$\chi^2$
- On m'impose tout	23 (37,7%)	12 (52,2%)	11 (28,9%)	0,069	$\chi^2$
- On ne me récompense pas assez	28 (45,9%)	14 (60,9%)	14 (36,8%)	0,068	$\chi^2$
- On ne reconnaît pas la valeur de mon travail	28 (45,9%)	14 (60,9%)	14 (36,8%)	0,068	$\chi^2$
- On m'empêche de faire un travail de qualité	18 (29,5%)	10 (43,5%)	8 (21,1%)	0,063	$\chi^2$
- L'organisation du collectif est dégradée	28 (45,9%)	13 (56,5%)	15 (39,5%)	0,195	$\chi^2$
- Mes conditions de travail sont stressantes	35 (57,4%)	15 (65,2%)	20 (52,6%)	0,335	$\chi^2$
- Il existe un conflit avec la hiérarchie	21 (34,4%)	10 (13,5%)	11 (28,9%)	0,247	$\chi^2$
- Il persiste des tensions avec des collègues	11 (18,0%)	6 (26,1%)	5 (13,2%)	0,203	$\chi^2$
<b>Quel était la pénibilité de votre travail ? (sur votre poste occupé juste avant l'admission)</b>					
- Poste non adapté, non aménagé	40 (65,6%)	15 (65,2%)	25 (65,8%)	0,964	$\chi^2$
- Travail physique dur	36 (59,0%)	17 (73,9%)	19 (50,0%)	0,066	$\chi^2$
- Port de charges lourdes (plus de 25 kg)	32 (52,5%)	13 (56,5%)	19 (50,0%)	0,621	$\chi^2$
- Vibrations (chariot élévateur, clé à choc...)	5 (8,2%)	1 (4,3%)	4 (10,5%)	0,641	F
- Postures pénibles (penchée, accroupie...)	47 (77,0%)	20 (86,9%)	27 (71,1%)	0,152	$\chi^2$
- Travail répétitif (plus de 30 gestes / min)	24 (39,3%)	10 (43,5%)	14 (36,8%)	0,607	$\chi^2$
- Travail de nuit (entre 21 h et 6 h, 270 h/an)	9 (14,8%)	2 (8,7%)	7 (18,4%)	0,462	F
- Horaires alternés (2x8 ou 3x8)	18 (29,5%)	9 (39,1%)	9 (23,7%)	0,199	$\chi^2$
- Milieu de travail froid, chaud, hyperbare	10 (16,4%)	4 (17,4%)	6 (15,8%)	1	$\chi^2$
- Risque chimique	20 (32,8%)	9 (39,1%)	11 (28,9%)	0,412	$\chi^2$
<b>Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (<math>\chi^2</math>), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)</b>					

### 6.1.2. Situation dans les 2 ans post-admission

Concernant l'accompagnement des démarches professionnelles, le sentiment exprimé était que l'aide provenait principalement de soi-même (90,2%), ou de l'algologue/rhumatologue/rééducateur (65,6%), tandis que les personnes les moins aidantes étaient les collègues (24,6%) et l'employeur (29,5%).

Concernant les difficultés ressenties,  $\frac{3}{4}$  des personnes présentaient les mêmes problèmes qu'à l'admission : complexité des démarches professionnelles et difficultés personnelles (67,2%), aggravées par la baisse des revenus (72,1%) et la perception d'un manque d'accompagnement par les SST (62,3%).

Tableau 23 : Analyse des questionnaires					
Données subjectives (dans les 2 ans post-admission)					
	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Qui vous a aidé dans vos démarches professionnelles, durant les 2 années après le séjour au CETD ?</b>					
- Vous-même	55 (90,2%)	17 (73,9%)	38 (100,0%)	0,002	F
- Votre entourage (famille, amis...)	23 (37,7%)	7 (30,4%)	16 (42,1%)	0,463	$\chi^2$
- Vos collègues	15 (24,6%)	4 (17,4%)	11 (28,9%)	0,371	F
- Votre employeur	18 (29,5%)	3 (13,0%)	15 (39,5%)	0,042	F
- Le CETD et Maubreuil	37 (60,7%)	12 (52,2%)	25 (65,8%)	0,291	$\chi^2$
- Votre médecin traitant	35 (57,4%)	12 (52,2%)	23 (60,5%)	0,523	$\chi^2$
- Le SST (Service de santé au travail)	28 (45,9%)	8 (34,8%)	20 (52,6%)	0,175	$\chi^2$
- L'algologue, rhumatologue, rééducateur	40 (65,6%)	12 (52,2%)	28 (73,7%)	0,087	$\chi^2$
- Pôle Emploi, Cap Emploi, MDPH	21 (34,4%)	5 (21,7%)	16 (42,1%)	0,105	$\chi^2$
- Un bilan de compétence, une formation	25 (40,9%)	8 (34,8%)	17 (44,7%)	0,444	$\chi^2$
<b>Sur le plan professionnel, étiez-vous concerné par les situations suivantes ?</b>					
- Mêmes difficultés de santé	46 (75,4%)	18 (78,3%)	28 (73,6%)	0,687	$\chi^2$
- Nouvelles difficultés de santé	31 (50,8%)	14 (60,9%)	17 (44,7%)	0,222	$\chi^2$
- Difficultés personnelles (mobilité...)	41 (67,2%)	16 (69,6%)	25 (65,8%)	0,761	$\chi^2$
- Complexité des démarches et dispositifs	41 (67,2%)	19 (82,6%)	22 (57,9%)	0,046	$\chi^2$
- Baisse des revenus	44 (72,1%)	19 (82,6%)	25 (65,8%)	0,156	$\chi^2$
- Difficultés liées à l'emploi	30 (49,2%)	13 (56,5%)	17 (44,7%)	0,762	$\chi^2$
- Manque d'expérience (outils, logiciels...)	20 (32,8%)	6 (26,1%)	14 (36,6%)	0,386	$\chi^2$
- Manque de formation	24 (39,3%)	8 (34,8%)	16 (42,1%)	0,570	$\chi^2$
- Manque d'accompagnement par le SST	38 (62,3%)	17 (73,9%)	21 (55,3%)	0,145	$\chi^2$
- Manque d'accompagnement par Pôle Emploi, Cap Emploi ou la MDPH	31 (50,8%)	14 (60,9%)	17 (44,7%)	0,222	$\chi^2$
Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

### 6.1.3. Situation avant et après la reprise

Ceux ayant repris à un poste pérenne étaient légèrement plus satisfaits après la reprise (8,3 Vs 8,0/10). A contrario, ceux ayant repris à un poste non pérenne étaient nettement moins satisfaits (8,3 Vs 9,3/10).

Tableau 24 : Analyse des questionnaires – Données subjectives (avant et après la reprise)					
Pérennité en 2020	Postes du groupe reprise n=38	Postes non pérennes n=3	Postes pérennes n=35	Significativité (p)	Calcul
Satisfaction avant la reprise	8,0 ± 3,5	9,3 ± 0,9	8,0 ± 3,5	0,176	U
Satisfaction après la reprise	8,3 ± 1,5	8,3 ± 2,4	8,3 ± 1,5	0,309	U
Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

## 6.2. Préparation de la reprise (dans les 2 ans post-admission)

### 1) Modalités de la préparation à la reprise :

**Afin de préparer leur reprise, les répondants avaient rencontré leurs médecins :** algologue du CETD (93,4%), rééducateur du CRF (90,2%), médecin traitant (85,2%), MdT (72,1%), médecin-conseil (67,2%), médecin de la MDPH (37,7%), médecin du CPPE ou psychiatre (13,1%) et rhumatologue (4,9%).

**Les autres intervenants du MEE sollicités étaient :** le conseiller de Pôle/Cap Emploi (42,6%), employeur et conseiller RH (24,6%), assistant social de la CARSAT (19,7%) ou du SST voire de l'entreprise (11,5%), ergonome (11,5%), psychologue du travail ou clinicien (4,9%), ergothérapeute et ASS de secteur (4,9%).

**Les visites préparatoires à la reprise réalisées au SST étaient les suivantes :** visite de reprise (55,7%), visite de préreprise (34,4%), visite d'embauche (19,7%) et plus rarement, la visite occasionnelle (18,0%).

**Les adaptations de poste se sont matérialisées ainsi :** restriction médicale (45,9%), temps partiel thérapeutique et aménagement matériel (34,4%) ou horaire (22,9%), adaptation via la RQTH (27,9%).

**Les activités socialisantes étaient :** la pratique du sport à plusieurs (22,9%) et surtout les activités non sportives (52,5%) : rencontres régulières (16,4%), vie associative (14,8%), bénévolat (11,5%), arts (9,3%).

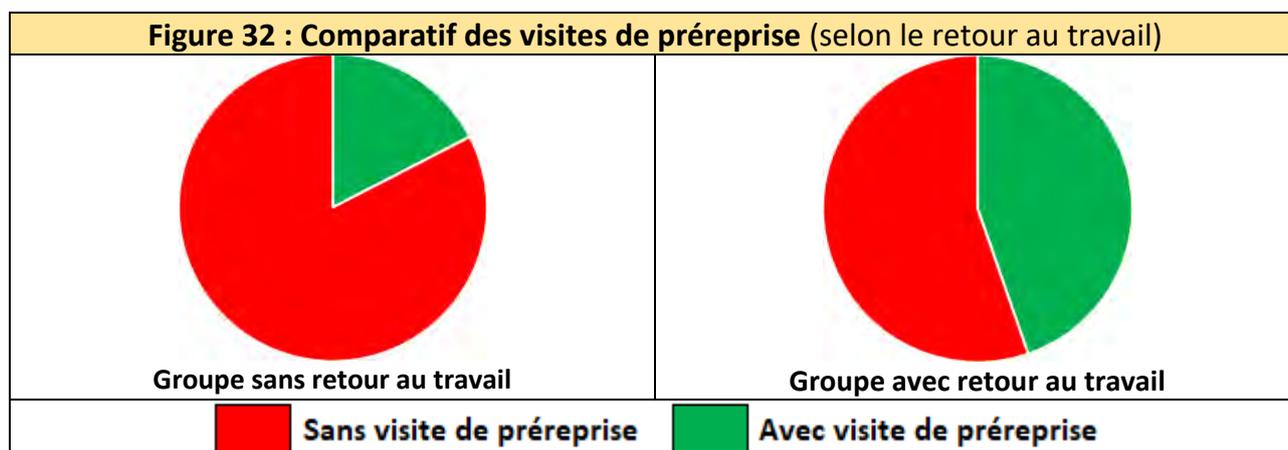
### 2) Etude des facteurs prédictifs de RTW :

**Les facteurs prédictifs de reprise liés à sa préparation semblaient fort nombreux :**

- **Activité sociale hors sport** ( $p=0,001$ ),
- **VE** (Visite d'embauche) ( $p=0,002$ ),
- **Restriction médicale** ( $p=0,003$ ),
- **TPT** (Temps partiel thérapeutique) ( $p=0,011$ ),
- **Rencontre avec le conseiller des RH** (Ressources humaines) ( $p=0,033$ ),
- **Consultation avec le MdT** (Médecin du travail) ( $p=0,034$ ),
- **Entretien avec l'assistant social** du SST ou de l'entreprise ( $p=0,038$ ),
- **Intervention de l'ergonome** du SST ou de l'entreprise ( $p=0,038$ ),
- **VO** (Visite occasionnelle) à la demande du salarié ou de l'agent ( $p=0,040$ ),
- **Aménagement matériel du poste** ( $p=0,050$ ),
- **VPR** (Visite de préreprise) ( $p=0,050$ ),

**D'autres éléments paraissaient avoir tendance à être prédictifs de reprise :**

- **Aménagement horaire** ( $p=0,059$ ),
- **Adaptation du poste facilitée par la RQTH** ( $p=0,075$ ).

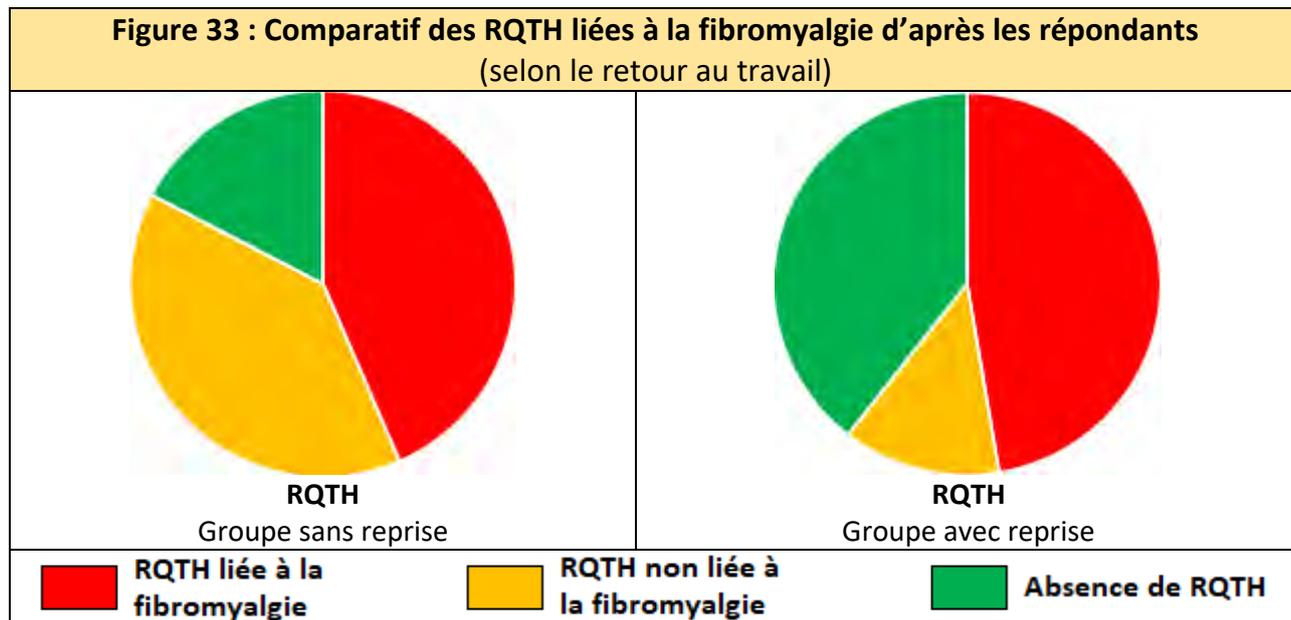


**Tableau 25 : Analyse des questionnaires**  
Préparation de la reprise (dans les 2 ans post-admission)

	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Avez-vous rencontré l'un des médecins suivants, pour préparer votre reprise ?</b>					
- Médecin traitant	52 (85,2%)	18 (78,3%)	34 (89,5%)	0,278	F
- Médecin du travail (ou de prévention)	44 (72,1%)	13 (56,5%)	31 (81,6%)	<b>0,034</b>	$\chi^2$
- Médecin-conseil	41 (67,2%)	15 (65,2%)	26 (68,4%)	0,796	$\chi^2$
- Médecin de la MDPH	23 (37,7%)	9 (39,1%)	14 (36,8%)	0,858	$\chi^2$
- Médecin de Pathologies professionnelles	8 (13,1%)	2 (8,7%)	6 (15,8%)	0,698	F
- Médecin de la douleur du CETD	57 (93,4%)	20 (86,9%)	37 (97,4%)	0,146	F
- Médecin rééducateur de Maubreuil	55 (90,2%)	19 (82,6%)	36 (94,7%)	0,187	F
- Autre médecin de la douleur, rééducateur	22 (36,1%)	9 (39,1%)	13 (34,2%)	0,698	$\chi^2$
- Autre médecin	27 (44,3%)	10 (43,5%)	17 (44,7%)	0,924	$\chi^2$
<b>Avez-vous rencontré l'une de ces personnes, pour préparer votre reprise ?</b>					
- Conseiller de Pôle Emploi / Cap Emploi	26 (42,6%)	7 (30,4%)	19 (50,0%)	0,134	$\chi^2$
- Assistant social de la CARSAT	12 (19,7%)	5 (21,7%)	7 (18,4%)	0,752	$\chi^2$
- Assistant social du SST (Médecine du travail) ou de l'entreprise	7 (11,5%)	0 (0,0%)	7 (18,4%)	<b>0,038</b>	F
- Ergonome du SST ou de l'entreprise	7 (11,5%)	0 (0,0%)	7 (18,4%)	<b>0,038</b>	F
- IPRP (Intervenant en prévention des risques professionnel)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
- Psychologue du travail (SST ou entreprise)	3 (4,9%)	0 (0,0%)	3 (7,9%)	0,284	F
- Employeur	15 (24,6%)	3 (13,0%)	12 (31,6%)	0,132	F
- Conseiller des Ressources humaines	15 (24,6%)	2 (8,7%)	13 (34,2%)	<b>0,033</b>	F
- Autre personne	24 (39,3%)	11 (47,8%)	13 (34,2%)	0,291	$\chi^2$
<b>Quelle autre personne vous a aidé à préparer la reprise ?</b>					
- Psychiatre : <b>8 occurrences</b>					
- Rhumatologue, Psychologue, Ergothérapeute, ASS (Assistant social) de secteur : <b>3 occurrences</b>					
- Acupuncteur, Ostéopathe, Médecin expert, Médecin des assurances, Kinésithérapeute, Fasciathérapeute, Formateur extérieur, Moniteur de Qi Gong, Infirmière du CMP, Conseiller en mobilité de l'entreprise, Syndicat : <b>1 occurrence</b>					
<b>Avez-vous été reçu en Médecine du travail pour préparer votre reprise ?</b>					
- Visite d'embauche	12 (19,7%)	0 (0,0%)	12 (31,6%)	<b>0,002</b>	F
- Visite de préreprise	21 (34,4%)	4 (17,4%)	17 (44,7%)	<b>0,050</b>	F
- Visite de reprise	34 (55,7%)	10 (43,5%)	24 (63,2%)	0,134	$\chi^2$
- Visite occasionnelle (à votre initiative)	11 (18,0%)	1 (4,3%)	10 (26,3%)	<b>0,040</b>	F
<b>Avez-vous bénéficié d'une adaptation de votre poste pour préparer votre reprise ?</b>					
- Aménagement horaire	14 (22,9%)	2 (8,7%)	12 (31,6%)	0,059	F
- Temps partiel thérapeutique	21 (34,4%)	3 (13,0%)	18 (47,4%)	<b>0,011</b>	F
- Aménagement matériel du poste	21 (34,4%)	4 (17,4%)	17 (44,7%)	<b>0,050</b>	F
- Restriction médicale	28 (45,9%)	5 (21,7%)	23 (60,5%)	<b>0,003</b>	$\chi^2$
- Adaptation du poste facilitée par la RQTH	17 (27,9%)	3 (13,0%)	14 (36,8%)	0,075	F
<b>Avez-vous pratiqué une des activités socialisantes suivantes ?</b>					
- Pratique sportive à plusieurs	18 (29,5%)	2 (8,7%)	16 (42,1%)	<b>0,008</b>	F
- Activité artistique en groupe	6 (9,3%)	1 (4,3%)	5 (13,2%)	0,395	F
- Vie associative	9 (14,8%)	1 (4,3%)	8 (21,1%)	0,134	F
- Actions de bénévolat	7 (11,5%)	2 (8,7%)	5 (13,2%)	0,700	F
- Nombreuses rencontres régulières	10 (16,4%)	2 (8,7%)	8 (21,1%)	0,294	F
- Activités sociales (hors sport)	32 (52,5%)	6 (26,1%)	26 (68,4%)	<b>0,001</b>	$\chi^2$
<b>CARSAT</b> : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail ; <b>CMP</b> : Centre médico-psychologique					
<b>Calcul statistique</b> : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

### 6.3 Outils mobilisés pour le MEE (Maintien en emploi, dans les 2 ans post-admission)

Les répondants ont bénéficié d'aides attribuées par la MDPH : RQTH (68,9%) liée à la FM 2 fois sur 3, CMI (37,8%), PCH (4,9%) et AAH (4,9%) qui n'était pas liée à la fibromyalgie.



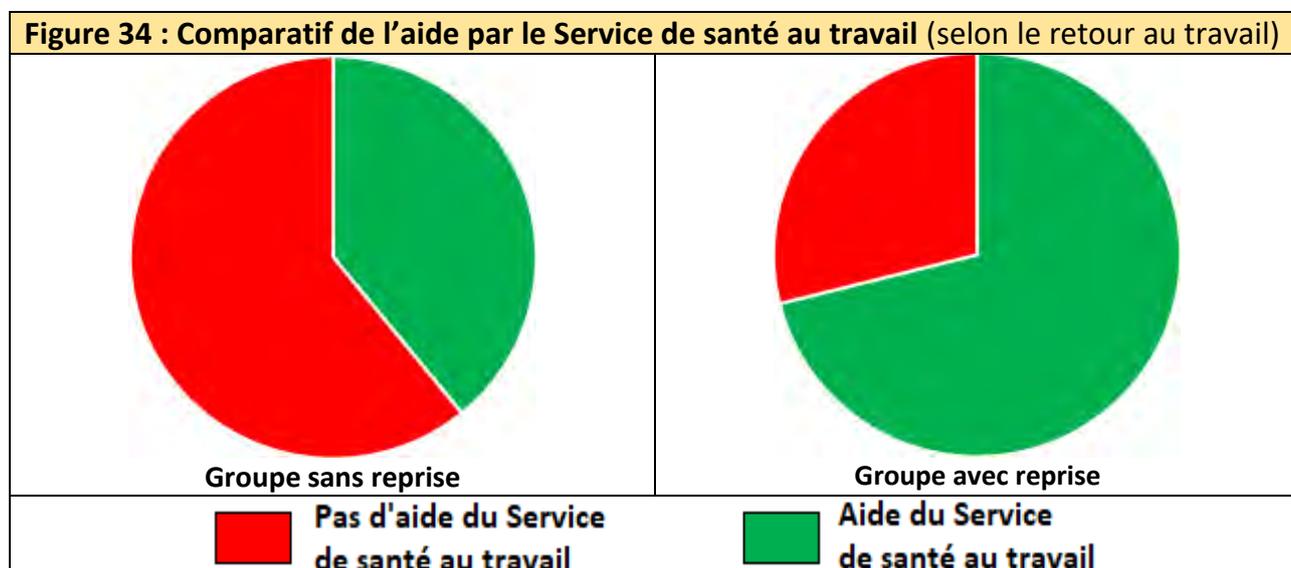
Les organismes mobilisés étaient les suivants : Service de santé au travail (59,0%), MDPH (39,3%), Cap Emploi (26,2%), Pôle Emploi (21,3%), AGEFIPH et organismes de formation (14,8%), CARSAT (13,1%), CPPE (9,8%), SAMETH et CRP (4,9%). Personne n'avait été à la Mission locale, ni à COMETE France.

Les outils de MEE utilisés se répartissaient ainsi : BDC (Bilan de compétence) pour 1/3 (31,1%), formation courte de l'AGEFIPH (6,6%), VAE (Validation des acquis de l'expérience, 4,9%), CIF/DIF/CTME (1,6%).

La plupart des outils du MEE n'avaient pas été envisagés : CRPE, MOAII, CPDP, PHP, RLH, PSOP/PSS, EPAAST, tutorat ou auxiliariat professionnel, essai encadré (0%).

Le seul facteur prédictif de non reprise semblait être la RQTH non liée à la fibromyalgie ( $p=0,019$ ).

Les facteurs prédictifs de reprise paraissent être le recours au bilan de compétence ( $p=0,004$ ) et l'aide du Service de santé au travail ( $p=0,014$ ), avec une tendance prédictive pour la RQTH ( $p=0,071$ ), les aides et formations du Conseil régional ( $p=0,075$ ), ainsi que l'aide de la MDPH ( $p=0,099$ ).



**Tableau 26 : Analyse des questionnaires**  
Outils de MEE mobilisés (dans les 2 ans post-admission)

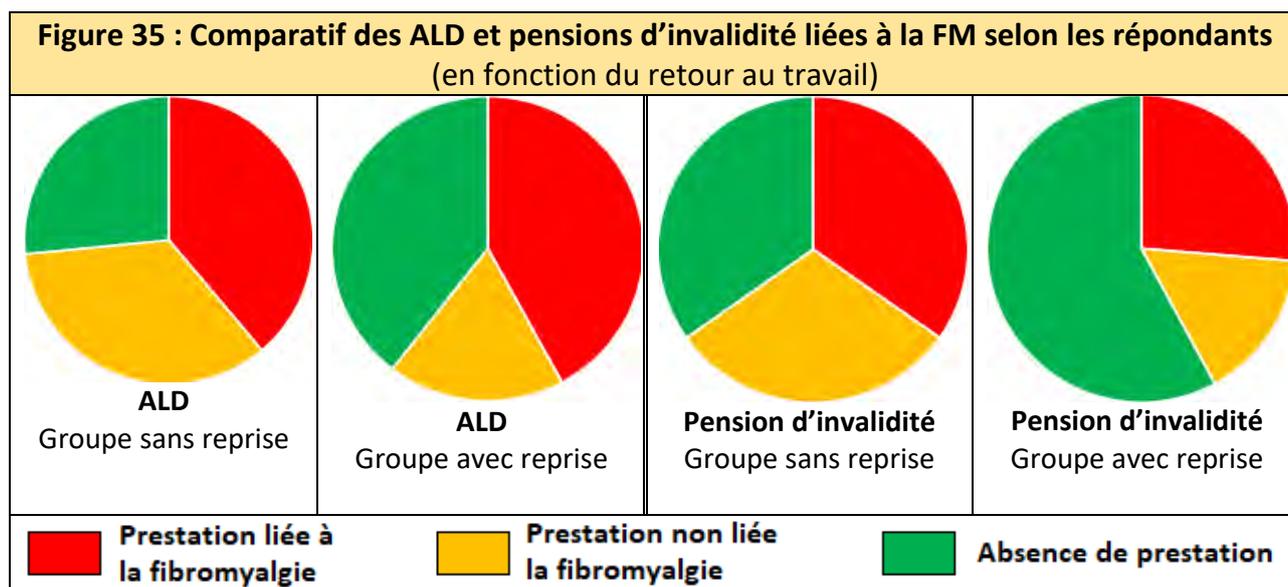
	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Avez-vous bénéficié d'une aide liée à la situation de handicap ?</b>					
- RQTH	42 (68,9%)	19 (82,6%)	23 (60,5%)	0,071	$\chi^2$
F Liée à la fibromyalgie	28 (45,9%)	10 (43,5%)	18 (47,4%)	0,767	$\chi^2$
F Non liée à la fibromyalgie	14 (22,9%)	9 (39,1%)	5 (13,2%)	<b>0,019</b>	$\chi^2$
- AAH (Allocation adulte handicapé)	3 (4,9%)	1 (4,3%)	2 (5,3%)	1	F
F Liée à la fibromyalgie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
F Non liée à la fibromyalgie	3 (4,9%)	1 (4,3%)	2 (5,3%)	1	F
- PCH (Prestation de compensation de handicap)	3 (4,9%)	2 (8,7%)	1 (2,6%)	0,551	F
- CMI (Carte mobilité inclusion)	23 (37,8%)	9 (39,1%)	14 (36,8%)	0,858	$\chi^2$
<b>Avez-vous bénéficié d'une aide par les organismes suivants ?</b>					
- Service de Médecine du travail	36 (59,0%)	9 (39,1%)	27 (71,1%)	<b>0,014</b>	$\chi^2$
- Aides et formations de Pôle Emploi	13 (21,3%)	5 (21,7%)	8 (21,1%)	0,949	$\chi^2$
- Aides et formations de Cap Emploi	16 (26,2%)	4 (17,4%)	12 (31,6%)	0,249	F
- Aides et formations du Conseil Régional	6 (9,8%)	0 (0,0%)	6 (15,8%)	0,075	F
- Aides et formations d'autres organismes	9 (14,8%)	3 (13,0%)	6 (15,8%)	1	F
- MDPH	24 (39,3%)	6 (26,1%)	18 (47,4%)	0,099	F
- Service social de la CARSAT	8 (13,1%)	3 (13,0%)	5 (13,2%)	1	F
- SAMETH (Service d'appui au Maintien dans l'Emploi des travailleurs handicapés)	3 (4,9%)	0 (0,0%)	3 (7,9%)	0,284	F
- AGEFIPH (Association de gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées)	9 (14,8%)	1 (4,3%)	8 (21,1%)	0,134	F
- Mission locale	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Association COMETE France	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
<b>Avez-vous bénéficié d'une aide par l'un des dispositifs suivants ?</b>					
- CPPE (Pathologies professionnelles)	6 (9,8%)	1 (4,3%)	5 (13,2%)	0,395	F
- BDC (Bilan de compétence)	19 (31,1%)	2 (8,7%)	17 (44,7%)	<b>0,004</b>	F
- VAE (Validation des acquis de l'expérience)	3 (4,9%)	1 (4,3%)	2 (5,3%)	1	F
- CIF (Congé individuel de formation)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
- CPF (Congé personnel de formation), DIF	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
- Formation courte de l'AGEFIPH	4 (6,6%)	2 (8,7%)	2 (5,3%)	0,628	F
- CRP (Centre de réadaptation professionnelle)	3 (4,9%)	1 (4,3%)	2 (5,3%)	1	F
- CRPE (Contrat de rééducation professionnelle en entreprise)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- MOAIJ (Module d'orientation approfondie) et ARPIJ (remobilisation)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- CTME (Cellule technique de maintien en emploi) du SST	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
- CPDP (Cellule de prévention de la désinsertion professionnelle) ou CDME	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- PHP (Prestation handicap projet)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- RLH (Reconnaissance Lourdeur du Handicap)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- PSOP / PSS (Prestation spécifique, orientation professionnelle / ponctuelle)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- EPAAST (Etude préalable à l'adaptation et à l'aménagement des situations des travail)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Tutorat ou auxiliariat professionnel	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- Essai encadré (par la CPAM)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
<b>Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (<math>\chi^2</math>), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)</b>					

#### 6.4. Aides financières attribuées (dans les 2 ans post-admission)

Les prestations sociales versées par l'Assurance maladie étaient nombreuses :

- **Prestation en nature** : remboursement complet des soins via l'ALD (65,6%) (⅓ liée à la FM),
- **Accident de travail reconnu** : 32,8% (10% des AT étaient partiellement liés à la FM),
- **Maladie professionnelle indemnisable** : 14,8% (11% des MP étaient partiellement liées à la FM),
- **IPP ouvrant droit à rente ou capital** : 11,5% (IPP jamais liée à la FM),
- **Pension d'invalidité** : ½ des cas (58% des invalidités étaient liées à la FM), 1<sup>ère</sup> catégorie 16,4%, 2<sup>ème</sup> catégorie (34,4%), mais aucune invalidité en catégorie 3.
- **Allocation supplémentaire d'invalidité** : 1,6%.

A noter que l'imputabilité liée à la FM repose évidemment sur le déclaratif des répondants.



La CAF versait des allocations : Prime d'activité (14,8%), RSA et AAH (4,9%).

Pôle Emploi avait également octroyé des aides financières : ARE (31,1%), ASS (11,5%), AREF (8,2%), prime forfaitaire mensuelle et ARCE/ACCRES/NACRE/CAPE (1,6%).

Cependant, certaines aides de Pôle Emploi n'avaient jamais été attribuées, en particulier celles destinées à soutenir les formations : RFF, RFPE, ASP/CSP/IDR, AIF, AFPR/POE (0%).

Le seul facteur semblant prédictif de non reprise, parmi les aides financières était manifestement la pension d'invalidité en 2<sup>ème</sup> catégorie (p=0,0007), avec une tendance prédictive pour l'IPP (p=0,093).

Le seul facteur prédictif de reprise semblait à l'inverse être l'absence de pension d'invalidité (p=0,026).

**Tableau 27 : Analyse des questionnaires**  
Aides financières (dans les 2 ans post-admission)

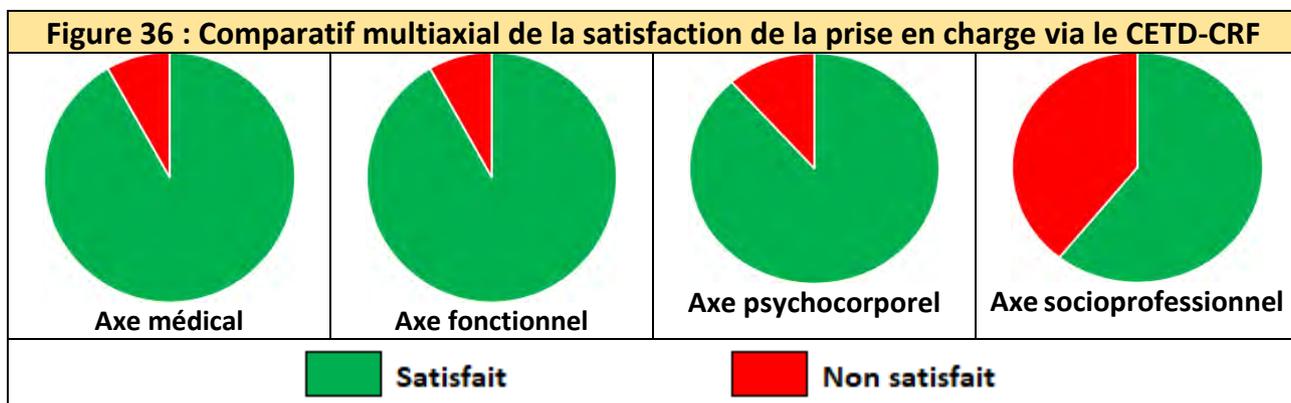
	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Étiez-vous concerné par l'une de ces situations ? (établies par la CPAM)</b>					
- ALD (Affection longue durée)	40 (65,6%)	17 (73,9%)	23 (60,5%)	0,286	$\chi^2$
* Liée à la fibromyalgie	25 (40,9%)	9 (39,1%)	16 (42,1%)	0,819	$\chi^2$
* Non liée à la fibromyalgie	15 (24,6%)	8 (34,8%)	7 (18,4%)	0,150	$\chi^2$
- AT (Accident du travail)	20 (32,8%)	8 (34,8%)	12 (31,6%)	0,796	$\chi^2$
* Lié à la fibromyalgie	2 (3,3%)	1 (4,3%)	1 (2,6%)	1	F
* Non lié à la fibromyalgie	18 (29,5%)	7 (30,4%)	11 (28,9%)	0,902	$\chi^2$
- MP (Maladie professionnelle)	9 (14,8%)	5 (21,7%)	4 (10,5%)	0,278	F
* Liée à la fibromyalgie	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
* Non liée à la fibromyalgie	8 (13,1%)	5 (21,7%)	3 (7,9%)	0,140	F
- IPP (Incapacité permanente) et rente/capital	7 (11,5%)	5 (21,7%)	2 (5,3%)	0,093	F
* Liée à la fibromyalgie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
* Non liée à la fibromyalgie	7 (11,5%)	5 (21,7%)	2 (5,3%)	0,093	F
- Pension d'invalidité	31 (50,8%)	15 (65,2%)	16 (42,1%)	0,080	$\chi^2$
* Liée à la fibromyalgie	18 (29,5%)	8 (34,8%)	10 (26,3%)	0,482	$\chi^2$
* Non liée à la fibromyalgie	13 (21,3%)	7 (30,4%)	6 (15,8%)	0,176	$\chi^2$
* Aucune	30 (49,2%)	8 (34,8%)	22 (57,9%)	0,026	$\chi^2$
* 1 <sup>ère</sup> catégorie	10 (16,4%)	1 (4,3%)	9 (23,7%)	0,074	F
* 2 <sup>ème</sup> catégorie	21 (34,4%)	14 (60,9%)	7 (18,4%)	0,0007	$\chi^2$
* 3 <sup>ème</sup> catégorie	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- ASI (Allocation supplémentaire d'invalidité)	1 (1,6%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	0,377	F
<b>A propos des aides financières, étiez-vous concerné par les propositions suivantes ?</b>					
- RSA (Revenu de solidarité active)	3 (4,9%)	1 (4,3%)	2 (5,3%)	1	F
- Prime d'activité (ex-Prime pour l'emploi)	9 (14,8%)	3 (13,0%)	6 (15,8%)	1	F
- ARE (Aide au retour à l'emploi)	19 (31,1%)	5 (21,7%)	14 (36,8%)	0,217	$\chi^2$
- ASS (Allocation de solidarité spécifique)	7 (11,5%)	4 (17,4%)	3 (7,9%)	0,409	F
- Ancienne prime forfaitaire mensuelle	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
- AREF (Aide au retour à l'emploi formation)	5 (8,2%)	2 (8,7%)	3 (7,9%)	1	F
- RFF (Rémunération de fin de formation)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- RFPE (Rémunération des formations de Pôle Emploi)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- ARCE, ACCRE, NACRE, CAPE (Aides à la création ou à la reprise d'entreprise)	1 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (2,6%)	1	F
- ASP, CSP, IDR (Allocation / Contrat de sécurisation, indemnité différentielle de reclassement)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- AIF (Aide individuelle à la formation)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
- AFPR, POE (Action de formation préalable au recrutement, Préparation opérationnelle à l'emploi)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
<b>Calcul statistique : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 (<math>\chi^2</math>), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)</b>					

### 6.5. Evaluation de la filière de soins

Les répondants ont été très satisfaits de leur prise en charge dans la filière CETD-CRF : échanges avec les soignants satisfaisants (95,1%), aide sur la pathologie (90,2%), prise en charge médicale et fonctionnelle satisfaisante (91,8%), informations suffisantes sur la santé (90,2%), prise en charge psychocorporelle satisfaisante (88,5%), ateliers satisfaisants (77,0%) ; en revanche nous constatons que seulement 1/3 des répondants étaient satisfaits des entretiens centrés sur le travail. De même, seul 63,9% des répondants estiment que les centres leur ont apporté une aide sur le plan professionnel.

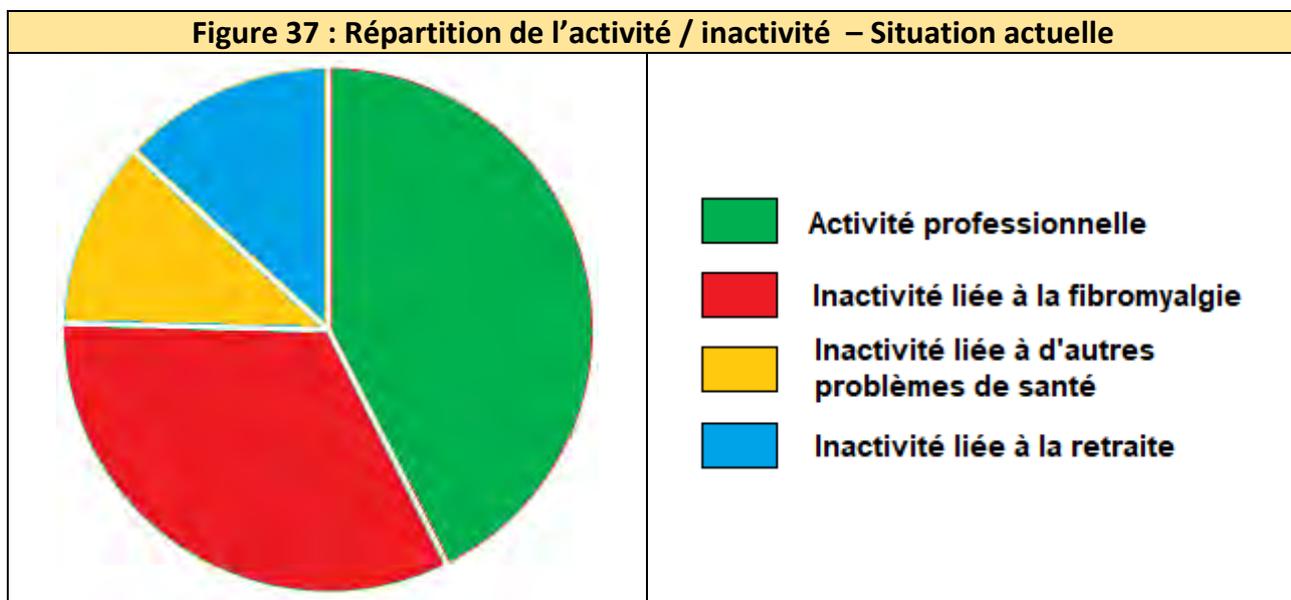
La majorité des répondants considérait que la prise en compte du projet professionnel pourrait être améliorée : spécialement par l'intervention de médecins du travail ou de conseillers de Cap Emploi (100%), avec intérêt d'aborder les informations sur les démarches professionnelles (96,7%), lors d'ateliers dédiés (91,8%), indépendamment de la filière de soins, **il conviendrait d'améliorer la disponibilité générale des conseillers de Pôle/Cap Emploi et l'accessibilité des informations (98,4%)**.

Les facteurs prédictifs de reprise liés à la satisfaction des soins étaient les suivants : entretien centré sur le travail (p=0,018), atelier en groupe (p=0,042) et qualité des échanges avec les soignants (0,049).



### 6.6. Situation actuelle (en avril 2020)

Beaucoup de répondants sont en situation d'activité professionnelle (42,6%). Parmi ceux qui n'ont pas repris, la cause était associée à la FM (57%), à d'autres problèmes de santé (20%) et à la retraite (23%).



<b>Tableau 28 : Analyse des questionnaires</b>					
Données subjectives (évaluation de la filière de soins)					
	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont apporté une aide sur votre pathologie ?</b>	55 (90,2%)	19 (82,6%)	36 (94,7%)	0,187	F
<b>Etiez-vous satisfait de la prise en charge au CETD et Maubreuil ?</b>					
- Information médicale sur la santé	55 (90,2%)	21 (91,3%)	34 (89,5%)	1	F
- Prise en charge médicale (médicaments, chirurgie...)	56 (91,8%)	19 (82,6%)	37 (97,4%)	0,062	F
- Prise en charge fonctionnelle (kinésithérapie, ostéopathie...)	56 (91,8%)	19 (82,6%)	37 (97,4%)	0,062	F
- Prise en charge psychocorporelle (relaxation, soutien psychologique...)	54 (88,5%)	21 (91,3%)	33 (86,8%)	0,700	F
- Prise en charge sociale (entretien avec l'assistant social...)	37 (60,7%)	14 (60,9%)	23 (60,5%)	0,979	$\chi^2$
- Entretien centré sur le projet de retour au travail	38 (62,3%)	10 (43,5%)	28 (73,7%)	<b>0,018</b>	$\chi^2$
- Echanges entre les soignants et patients	58 (95,1%)	20 (86,9%)	38 (100,0%)	<b>0,049</b>	F
- Atelier en groupe	47 (77,0%)	20 (86,9%)	27 (71,1%)	0,214	F
<b>Estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont apporté une aide sur le plan professionnel ?</b>	39 (63,9%)	11 (47,8%)	28 (73,7%)	<b>0,042</b>	$\chi^2$
<b>Estimez-vous que la prise en compte du projet professionnel au CETD et Maubreuil pourrait être améliorée ?</b>	45 (73,8%)	20 (86,9%)	25 (65,8%)	0,069	$\chi^2$
<b>Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans la préparation du retour au travail ?</b>					
- Information sur les démarches professionnelles	59 (96,7%)	22 (95,7%)	37 (97,4%)	1	F
- Cohérence des informations transmises	47 (77,0%)	20 (86,9%)	27 (71,1%)	0,214	F
- Atelier abordant les démarches professionnelles au CETD / CRF	56 (91,8%)	22 (95,7%)	34 (89,5%)	0,641	F
- Intervention d'un MdT au CETD / CRF	61 (100,0%)	23 (100,0%)	38 (100,0%)	1	F
- Intervention d'un conseiller de Pôle Emploi ou Cap Emploi au CETD / CRF	61 (100,0%)	23 (100,0%)	38 (100,0%)	1	F
- Disponibilité générale des conseillers de Pôle Emploi ou Cap Emploi	60 (98,4%)	23 (100,0%)	37 (97,4%)	1	F
- Accessibilité générale des formations	60 (98,4%)	23 (100,0%)	37 (97,4%)	1	F
<b>Calcul statistique</b> : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

<b>Tableau 29 : Analyse des questionnaires – Situation actuelle</b>					
	Population (n=61)	Sans reprise (n=23)	Avec reprise (n=38)	Significativité (p)	Calcul
<b>Travaillez-vous aujourd'hui ?</b>					
- Oui, je travaille aujourd'hui	26 (42,6%)	1 (4,3%)	25 (65,8%)	<b>&lt; 0,0000</b>	F
- Non, en raison de la fibromyalgie	20 (32,8%)	14 (60,9%)	6 (15,8%)	<b>0,0003</b>	$\chi^2$
- Non, pour d'autres problèmes de santé	7 (11,5%)	5 (21,7%)	2 (5,3%)	0,093	F
- Non, je suis à la retraite	8 (13,1%)	3 (13,0%)	5 (13,2%)	1	F
<b>Calcul statistique</b> : Test exact de Fisher (F), test du Khi-2 ( $\chi^2$ ), test de Mann-Whitney (U), test de Student (t)					

## 7. Etudes des facteurs prédictifs de RTW (Retour au travail)

### 7.1 Résultats de la régression logistique binaire univariée

Les variables indépendantes significatives ont été regroupées par typologie multiaxiale :

- **Facteurs médicaux prédictif de non reprise (M-)** : lombalgies (OR 0,247 ; IC 0,064-0,960), comorbidité gynécologique (OR 0,428 ; IC 0,211-0,868), antécédents familiaux (OR 0,479 ; IC 0,231-0,991), EVA Douleur à 1 an (OR 0,648 ; IC 0,452-0,930), EVA Douleur à la sortie (OR 0,725 ; IC 0,544-0,966), nombre d'antécédents (OR 0,833 ; IC 0,738-0,939), délai diagnostic après diffusion (OR 0,877 ; IC 0,756-0,980),
- **Facteurs fonctionnels prédictifs de reprise (F+)** : périmètre de marche à l'admission (OR 1,002 ; IC 1,001-1,003), périmètre de marche à la sortie (OR 1,002 ; IC 1,001-1,003),
- **Facteurs fonctionnels prédictifs de non reprise (F-)** : EVA Globale à l'admission (OR 0,449 ; IC 0,270-0,747), EVA Sommeil à l'admission (OR 0,616 ; IC 0,455-0,834), FABQ « *Mon travail a aggravé ma douleur* » (OR 0,656 ; IC 0,434-0,992), EVA Capacité à marcher à 1 an post-admission (OR 0,662 ; IC 0,492-0,890), FABQ « *Je ne pourrai pas reprendre un jour* » (OR 0,689 ; IC 0,525-0,906), EVA Fonction à la sortie (OR 0,694 ; 0,499-0,965), EVA Goût de vivre à 1 an (OR 0,792 ; IC 0,633-0,990), FABQ Physique (OR 0,928, IC 0,860-0,999), DDS (OR 0,954 ; 0,914-0,995),
- **Facteurs psychiques prédictifs de reprise (Ψ+)** : coping par réinterprétation des sensations douloureuses (OR 1,270 ; IC 1,006-1,603),
- **Facteurs psychiques prédictifs de non reprise (Ψ-)** : psychotraumatismes (OR 0,197 ; IC 0,065-0,601), troubles anxieux (OR 0,274 ; IC 0,103-0,724), troubles dépressifs (OR 0,313 ; IC 0,119-0,822), comorbidité psychique (OR 0,529 ; IC 0,345-0,812), HAD Dépression à 1 an (OR 0,835 ; IC 0,699-0,998), HAD Anxiété à l'admission (OR 0,872 ; IC 0,778-0,978),
- **Facteurs pharmaco/addictologiques prédictifs de reprise (P+)** : ETP9 « *Acceptation du traitement au long cours* » (OR 2,678 ; IC 1,047-6,849),
- **Facteurs pharmaco/addictologiques prédictifs de non reprise (P-)** : addictions (OR 0,339 ; IC 0,127-0,909),
- **Facteurs socioprofessionnels prédictifs de reprise (S+)** : activité socialisante (OR 6,667 ; IC 1,694-26,236), visite occasionnelle (OR 5,733 ; IC 1,883-17,454), effectif > 50 salariés (OR 4,821 ; IC 1,649-14,101), aménagement matériel/restriction/adaptation RQTH (OR 4,602 ; IC 1,520-13,938), intervention du MdT (OR 3,400 ; IC 1,092-10,585), sport à plusieurs (OR 3,279 ; IC 1,285-8,370), RQTH à 2 ans (OR 3,077 ; IC 1,059-8,944), consultation CPPE (OR 2,811 ; IC 1,055-7,491), échanges soignants-patients (OR 2,769 ; IC 1,259-6,088), aide par soi-même (OR 2,633 ; IC 1,379-5,026), bilan de compétence (OR 2,558 ; IC 1,285-5,093), aide par conseiller RH (OR 2,213 ; IC 1,201-4,077) et l'employeur (OR 2,054 ; IC 1,225-3,443), visite de préreprise (OR 1,618 ; IC 1,050-2,495), entretiens centrés sur le travail au CETD-CRF (OR 1,402 ; IC 1,020-1,927), aide du CETD-CRF sur le plan professionnel (OR 1,412 ; IC 1,005-1,983), aide par Pôle/Cap Emploi/MDPH (OR 1,453 ; IC 1,077-1,962), aide par l'algologue/rhumatologue/rééducateur (OR 1,453 ; IC 1,077-1,962), TPT (OR 1,468 ; IC 1,018-2,118), aide par le SST (OR 1,467 ; IC 1,066-2,018),
- **Facteurs socioprofessionnels prédictifs de non reprise (S-)** : invalidité catégorie 2 à 2 ans post-admission (OR 0,308 ; IC 0,119-0,798), « *On m'en demande trop* » (OR 0,744 ; IC 0,581-0,954).

**Des variables ont été écartées comme facteurs prédictifs** : IC comprenant la valeur 1 (surlignés en bleu : FIQ, HAD Dépression, aide par les collègues, « *On ne me permet pas de développer mes compétences* »), facteur estimé non pertinent car postérieur à la période étudiée : « *Travaillez-vous aujourd'hui ?* ».

**Les facteurs prédisant le mieux la variance du RTW sont les suivants** (surlignés en vert, ci-contre) : acceptation du traitement au long cours (35,7%), VO (28,8%), BDC et EVA Globale à l'admission (23,9%).

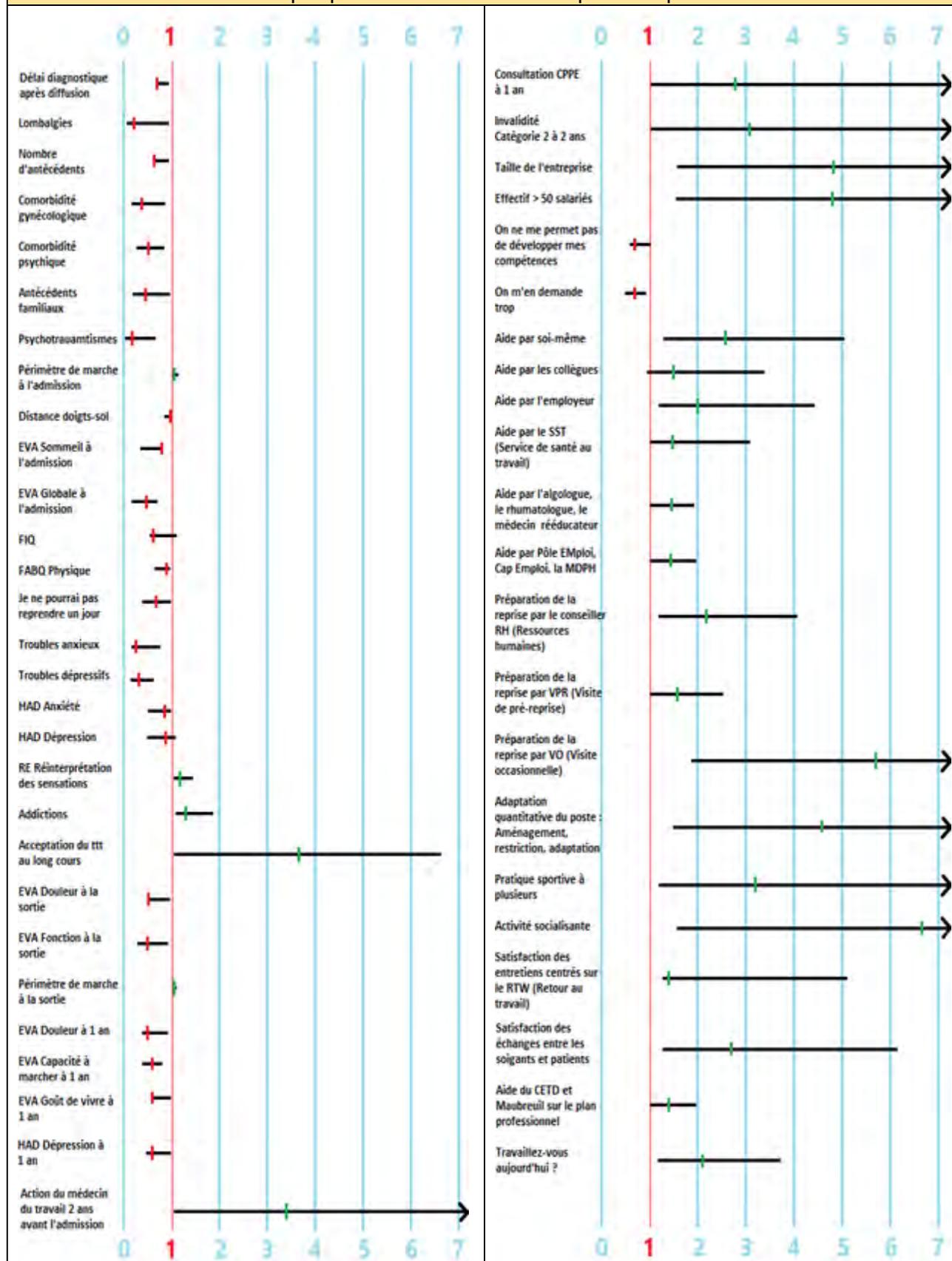
**Tableau 30 : Régression logistique binaire univariée**  
Facteurs prédictifs significatifs du retour au travail

Prédicteurs	Var	Sig	R <sup>2</sup>	B	ES.B	OR	IC Inf	IC Sup	Cte	ES.Cte
Délai diagnostique après diffusion (années)	M-	0,004	0,143	-0,131	0,056	<b>0,877</b>	0,786	0,980	1,104	0,367
Lombalgies	M-	0,034	0,063	-1,397	0,692	<b>0,247</b>	0,064	0,960	1,466	0,641
Nombre d'antécédents	M-	0,001	0,132	-0,183	0,061	<b>0,833</b>	0,738	0,939	1,466	0,458
Comorbidité gynécologique	M-	0,007	0,106	-0,850	0,361	<b>0,428</b>	0,211	0,868	0,653	0,271
Comorbidité psychique	ψ-	0,001	0,139	-0,636	0,218	<b>0,529</b>	0,345	0,812	1,053	0,348
Antécédents familiaux	M-	0,033	0,060	-0,737	0,371	<b>0,479</b>	0,231	0,991	0,574	0,268
Psychotraumatismes	ψ-	0,003	0,114	-1,625	0,569	<b>0,197</b>	0,065	0,601	0,778	0,293
Périmètre de marche Admission (mètres)	F+	0,007	0,121	0,001	0,000	<b>1,002</b>	1,001	1,003	-0,502	0,411
Distance doigt-sol (cm)	F-	0,022	0,096	-0,047	0,022	<b>0,954</b>	0,914	0,995	1,206	0,498
EVA Sommeil Admission (sur 10)	F-	0,001	0,185	-0,485	0,154	<b>0,616</b>	0,455	0,834	0,455	0,834
EVA Globale Admission (sur 10)	F-	0,000	<b>0,239</b>	-0,800	0,259	<b>0,449</b>	0,270	0,747	5,660	1,765
FIQ ( <i>Fibromyalgia Impact Questionnaire, sur 100</i> )	F-	<i>0,018</i>	<b>0,505</b>	-0,213	0,124	<b>0,808</b>	<b>0,634</b>	<b>1,030</b>	0,634	1,030
FABQ Physique (sur 24)	F-	0,048	0,064	-0,075	0,039	<b>0,928</b>	0,860	0,999	1,512	0,633
Mon travail à aggraver ma douleur (sur 6)	F-	0,035	0,089	-0,422	0,211	<b>0,656</b>	0,434	0,992	2,441	1,055
Je ne pourrai pas reprendre un jour (sur 6)	F-	0,005	0,141	-0,372	0,139	<b>0,689</b>	0,525	0,906	1,515	0,506
Troubles anxieux	ψ-	0,008	0,092	-1,296	0,496	<b>0,274</b>	0,103	0,724	0,916	0,342
Troubles dépressifs	ψ-	0,017	0,075	-1,162	0,493	<b>0,313</b>	0,119	0,822	0,836	0,332
HAD Anxiété (sur 21)	ψ-	0,015	0,081	-0,137	0,058	<b>0,872</b>	0,778	0,978	1,743	0,686
HAD Dépression (sur 21)	ψ-	<i>0,047</i>	<i>0,055</i>	-0,122	0,063	<b>0,885</b>	<b>0,782</b>	<b>1,003</b>	1,395	0,646
RE (Réinterprétation des sensations, sur 24)	ψ+	0,035	0,127	0,239	0,119	<b>1,270</b>	1,006	1,603	-2,052	1,299
Addictions	P-	0,029	0,064	-1,081	0,503	<b>0,339</b>	0,127	0,909	0,981	0,391
Acceptation du traitement au long cours (S+1, sur 4)	P+	0,018	<b>0,357</b>	0,985	0,479	<b>2,678</b>	1,047	6,849	1,047	6,849
EVA Douleur à la sortie (sur 10)	M-	0,022	0,076	-0,321	0,146	<b>0,725</b>	0,544	0,966	2,015	0,800
EVA Fonction à la sortie (sur 10)	F-	0,024	0,081	-0,366	0,168	<b>0,694</b>	0,499	0,965	2,399	0,965
Périmètre de marche à la sortie (mètres)	F+	0,013	0,121	0,001	0,001	<b>1,002</b>	1,001	1,003	-1,390	0,739
EVA Douleur à 1 an (sur 10)	M-	0,013	0,111	-0,433	0,184	<b>0,648</b>	0,452	0,930	3,063	1,184
EVA Capacité à marcher à 1 an (sur 10)	F-	0,003	0,194	-0,413	0,151	<b>0,662</b>	0,492	0,890	2,981	1,039
EVA Goût de vivre à 1 an (sur 10)	F-	0,034	0,096	-0,233	0,114	<b>0,792</b>	0,633	0,990	1,470	0,615
HAD Dépression à 1 an (sur 21)	ψ-	0,040	0,087	-0,180	0,091	<b>0,835</b>	0,699	0,998	1,991	0,872
Intervention du médecin du travail	S+	0,030	0,065	1,224	0,579	<b>3,400</b>	1,092	10,585	0,000	0,277

Consultation CPPE à 1 an	S+	0,036	0,059	1,034	0,500	<b>2,811</b>	1,055	7,491	-0,095	0,309
RQTH à 2 ans	S+	0,036	0,070	1,124	0,544	<b>3,077</b>	1,059	8,944	-0,143	0,379
Invalidité catégorie 2 à 2 ans	S-	0,010	0,153	-1,178	0,486	<b>0,308</b>	0,119	0,798	1,762	0,778
Taille de l'entreprise	S+	0,003	0,114	1,573	0,548	<b>4,821</b>	1,649	14,101	-0,762	0,458
Effectif > 50 salariés	S+	0,003	0,114	1,573	0,548	<b>4,821</b>	1,649	14,101	-0,762	0,458
<i>On ne me permet pas de développer mes compétences</i>	S-	0,044	0,064	-0,250	0,127	<b>0,779</b>	<b>0,607</b>	<b>1,000</b>	1,047	0,395
On m'en demande trop	S-	0,016	0,092	-0,295	0,126	<b>0,744</b>	0,581	0,954	1,408	0,493
Aide par soi-même	S+	0,000	0,228	0,968	0,330	<b>2,633</b>	1,379	5,026	-3,660	1,509
Aide par les collègues	S+	0,046	0,07	0,429	0,227	<b>1,535</b>	<b>0,984</b>	<b>2,395</b>	-0,145	0,410
Aide par l'employeur	S+	0,002	0,179	0,720	0,264	<b>2,054</b>	1,225	3,443	-0,673	0,452
Aide par le SST (Service de santé au travail)	S+	0,015	0,097	0,383	0,163	<b>1,467</b>	1,066	2,018	-0,328	0,425
Aide par l'algologue, le rhumatologue, le rééducateur	S+	0,012	0,100	0,374	0,153	<b>1,453</b>	1,077	1,962	-0,680	0,547
Aide par Pôle Emploi, Cap Emploi, MDPH	S+	0,012	0,100	0,374	0,153	<b>1,453</b>	1,077	1,962	-0,680	0,547
Préparation de la reprise avec le Conseiller des Ressources humaines	S+	0,002	0,186	0,794	0,312	<b>2,213</b>	1,201	4,077	-0,387	0,381
Préparation de la reprise par visite de pré-reprise	S+	0,022	0,092	0,481	0,221	<b>1,618</b>	1,050	2,495	-0,156	0,382
Préparation de la reprise par visite occasionnelle	S+	0,000	<b>0,288</b>	1,746	0,568	<b>5,733</b>	1,883	17,454	-0,916	0,474
Adaptation du poste : TPT (Temps partiel thérapeutique)	S+	0,029	0,093	0,384	0,187	<b>1,468</b>	1,018	2,118	0,158	0,419
Adaptation du poste : Aménagement matériel, restriction médicale, adaptation via RQTH	S+	0,006	0,120	1,527	0,565	<b>4,602</b>	1,520	13,938	-0,310	0,397
Pratique sportive à plusieurs	S+	0,004	0,152	1,188	0,478	<b>3,279</b>	1,285	8,370	0,029	0,303
Activité socialisante	S+	0,004	0,141	1,897	0,699	<b>6,667</b>	1,694	26,236	-0,051	0,32
Aide par un BDC (Bilan de compétences)	S+	0,000	<b>0,239</b>	0,939	0,351	<b>2,558</b>	1,285	5,093	-0,932	0,495
Satisfaction des entretiens centrés sur le RTW	S+	0,034	0,071	0,338	0,162	<b>1,402</b>	1,020	1,927	-0,586	0,557
Satisfaction des échanges entre soignants et patients	S+	0,002	0,153	1,018	0,402	<b>2,769</b>	1,259	6,088	-4,117	1,885
Aide du CETD et Maubreuil sur le plan professionnel	S+	0,043	0,065	0,345	0,173	<b>1,412</b>	1,005	1,983	-0,636	0,622
Travaillez-vous aujourd'hui ?	S+	0,004	0,126	0,763	0,284	<b>2,145</b>	1,229	3,742	-1,016	0,627
<b>Var</b> : Type de variable ( <b>M</b> : Médicale, <b>P</b> : Pharmaco/addictologique, <b>F</b> : Fonctionnelle, <b>Ψ</b> : psychologique, <b>S</b> : Socioprofessionnelle) <b>Sig</b> : Significativité ; <b>R<sup>2</sup></b> : R-Deux de Cox et Snell, <b>B</b> : coefficient de régression (pente) ; <b>ES.B</b> : erreur standard de B <b>OR</b> : Odds Ratio ; <b>IC</b> : Intervalle de confiance ; <b>Cte</b> : Constante (Intercept) ; <b>ES.cte</b> : erreur standard de la constante										

L'analyse graphique des odds ratio montrait des valeurs proches de 1 ou avec un large IC (imprécision), tous les OR dont l'IC ne comprend pas 1 sont significatifs, mais les plus robustes semblaient être : comorbidité psychique, EVA Globale à l'admission, trouble dépressif et EVA Capacité à marcher (à 1 an).

**Figure 38 : Régression logistique binaire univariée**  
Graphique des odds ratio du risque de reprise



## 7.2. Résultats de la régression logistique binaire multivariée :

### 1) Meilleurs modèles selon chaque axe :

La modélisation des facteurs de l'axe médical montre que l'acceptation du traitement au long cours (après séance d'éducation thérapeutique) prédit à elle seule **48,0%** de la variance du retour au travail.

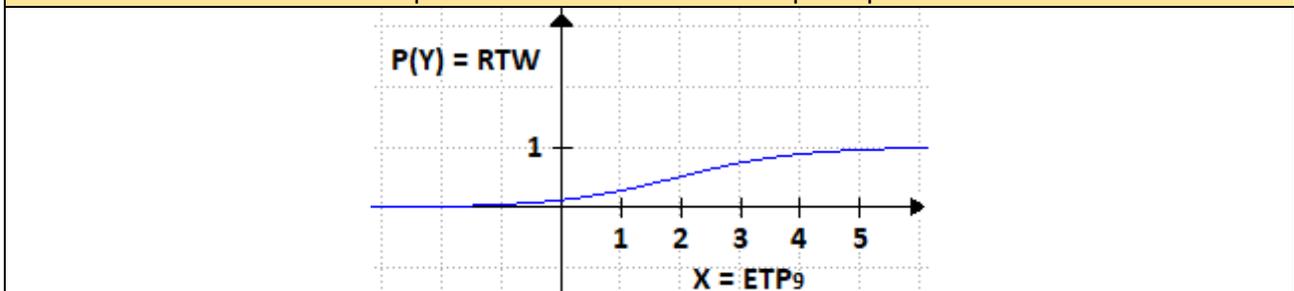
La modélisation des facteurs de l'axe fonctionnel montre que la combinaison de 3 cofacteurs prédit **64,0%** de la variance du RTW : EVA Sommeil à l'admission, EVA Fonction à la sortie et FABQ Physique.

La modélisation des facteurs de l'axe psychocorporel montre que la combinaison de 3 cofacteurs prédit **31,1%** de la variance du RTW : psychotraumatisme, addiction, HAD Anxiété à l'admission.

La modélisation des facteurs de l'axe socioprofessionnel montre que 4 cofacteurs prédisent 64,9% de la variance du RTW : visite de préreprise, bilan de compétence, aide de l'employeur, activité socialisante.

**Figure 39 : Modélisation monoaxiale du retour au travail – Graphique de la probabilité**

En fonction de l'acceptation du traitement au long cours  
Après séance d'éducation thérapeutique



### 2) Meilleur de tous les modèles testés :

La meilleure des modélisations est multiaxiale : elle explique **81,9%** de la variance du RTW

- **Axe médical** : nombre d'antécédents (OR 0,475 ; IC 0,272-0,829),
- **Axe fonctionnel** : EVA Globale à l'admission (OR 0,288 ; IC 0,088-0,943),
- **Axe psychocorporel** : diagnostic d'épisode dépressif majeur (OR 0,010 ; IC 0,000-0,607),
- **Axe socioprofessionnel** : « Je ne pourrai pas reprendre un jour » (OR 0,428 ; IC 0,187-0,980).

**Figure 40 : Modélisation multiaxiale du retour au travail – Prédiction de la variance**

En fonction des antécédents, EVA Globale, troubles dépressifs et conviction de ne pouvoir reprendre



**Tableau 31 : Régression logistique binaire multivariée**

**Modélisation des facteurs prédictifs de la reprise**

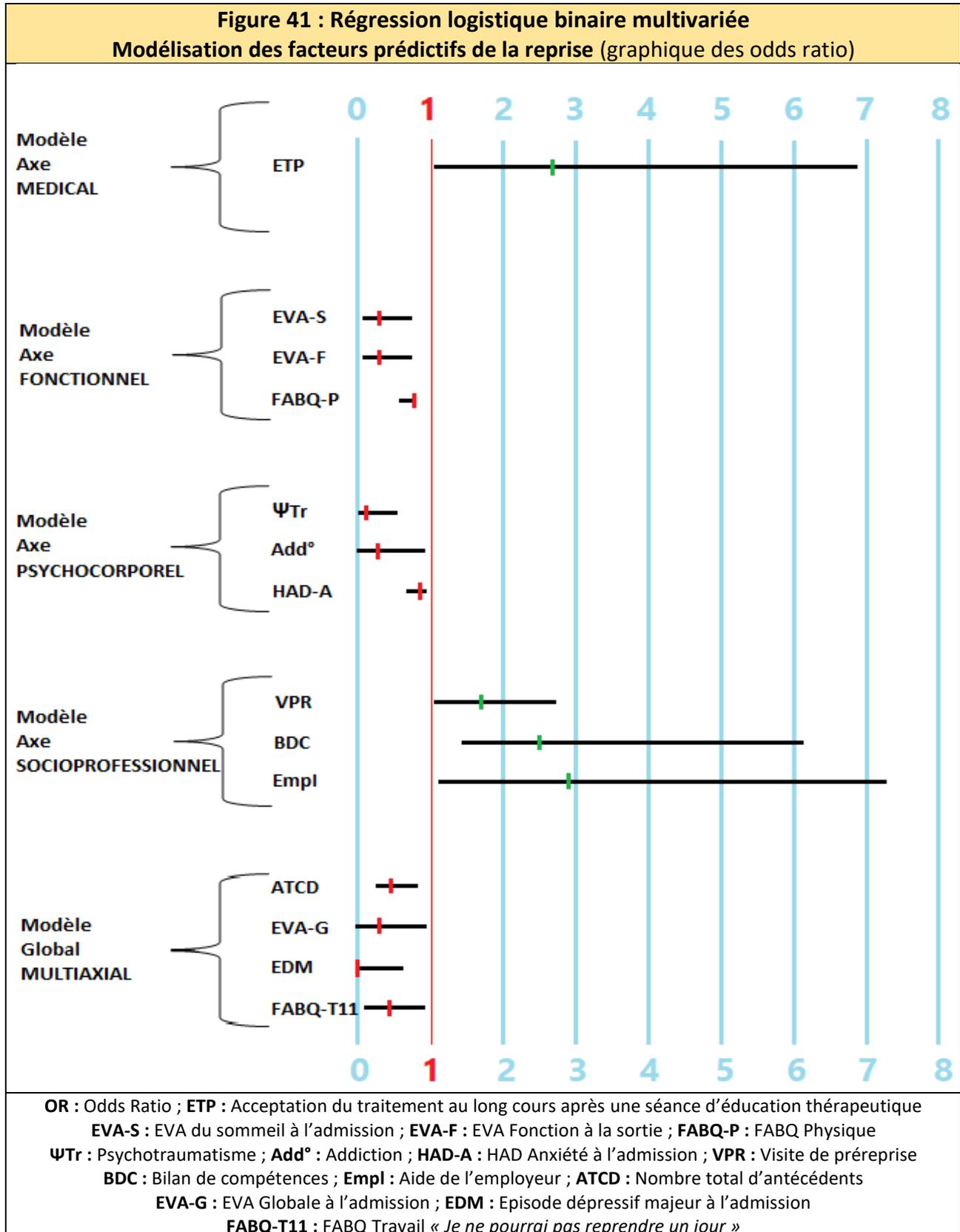
Prédiction de la variabilité de la reprise, selon le meilleur modèle par axes de prise en charge

Modélisations ascendantes du retour au travail par types de variables indépendantes prédictives	Coefficients (B)	Signification (p)	Odds Ratio (OR)
<b>1 variable médicale (la plus explicative de la reprise) :</b> - Acceptation du traitement au long cours, évaluée après une séance d'éducation thérapeutique : <b>ETP9</b>	0,985	0,040	2,678 [1,047-6,849]
Probabilité de la reprise : $P(Y) = 1/(1 + e^{-(-1,924 + 0,985 \text{ ETP})})$ Estimation de la variabilité prédite : R-deux de Cox et Snell = 35,7% ; R-deux de Nagelkerke = <b>48,0%</b>			
<b>3 variables fonctionnelles :</b> - EVA Sommeil à l'admission : <b>EVA-S</b> - EVA Fonction à la sortie : <b>EVA-F</b> - FABQ Physique : <b>FABQ-P</b>	-0,983 -0,988 -0,217	0,004 0,010 0,012	0,374 [0,191-0,732] 0,372 [0,176-0,789] 0,805 [0,679-0,953]
Probabilité de reprise : $P(Y) = 1/(1 + e^{-(15,517 - 0,983 \text{ EVA-S} - 0,988 \text{ EVA-F} - 0,217 \text{ FABQ-P})})$ Estimation de la variabilité prédite : R-deux de Cox et Snell = 47,5% ; R-deux de Nagelkerke = <b>64,0%</b>			
<b>3 variables psychocorporelles :</b> - Psychotraumatisme : <b>ΨTr</b> - Addiction : <b>Add°</b> - HAD Anxiété à l'admission : <b>HAD-A</b>	-1,817 -1,234 -0,137	0,005 0,034 0,037	0,163 [0,046-0,569] 0,291 [0,093-0,912] 0,872 [0,767-0,992]
Probabilité de la reprise : $P(Y) = 1/(1 + e^{-(3,003 - 1,817 \text{ ΨTr} - 1,234 \text{ Add}^\circ - 0,137 \text{ HAD-A})})$ Estimation de la variabilité prédite : R-deux de Cox et Snell = 23,2% ; R-deux de Nagelkerke = <b>31,1%</b>			
<b>4 variables socioprofessionnelles :</b> - Visite de pré-reprise : <b>VPR</b> - Bilan de compétence : <b>BDC</b> - Aide de l'employeur : <b>Empl</b> - Activités socialisantes : <b>Act-S</b>	0,533 1,029 2,606 1,053	0,024 0,011 0,010 0,026	1,703 [1,073-2,706] 2,798 [1,272-6,158] 2,868 [1,135-7,242] 13,541 [1,885-97,270]
Probabilité : $P(Y) = 1/(1 + e^{-(-4,137 + 0,533 \text{ VPR} + 1,029 \text{ BDC} + 2,606 \text{ Empl} + 1,053 \text{ Act-S})})$ Estimation de la variabilité prédite : R-deux de Cox et Snell = 47,6% ; R-deux de Nagelkerke = <b>64,9%</b>			
<b>4 variables multiaxiales :</b> - Nombre d'antécédents : <b>ATCD</b> - EVA Globale à l'admission : <b>EVA-G</b> - Diagnostic d'épisode dépressif majeur : <b>EDM</b> - « Je ne pourrai pas reprendre un jour » : <b>FABQ-T11</b>	-0,745 -1,246 -4,619 -0,848	0,009 0,040 0,028 0,045	0,475 [0,272-0,829] 0,288 [0,088-0,943] 0,010 [0,000-0,607] 0,428 [0,187-0,980]
$P(Y) = 1/(1 + e^{-(17,755 - 0,745 \text{ ATCD} - 1,246 \text{ EVA-G} - 4,619 \text{ EDM} - 0,848 \text{ FABQ-T11})})$ Estimation de la variabilité prédite : R-deux de Cox et Snell = 60,5% ; R-deux de Nagelkerke = <b>81,9%</b>			

### 3) Analyse graphique des modèles multivariés

Les **modélisations monoaxiales** prédisent la reprise (ETP ; VPR, BDC, aide de l'employeur) et la non reprise (EVA Sommeil, EVA Fonction, FABQ Physique ; psychotraumatisme, addiction, HAD Anxiété).

La **modélisation multiaxiale** prédit la non reprise (nombre d'antécédents, EVA Globale à l'admission, épisode dépressif majeur, FABQ T11 « Je ne pourrai pas reprendre un jour »).



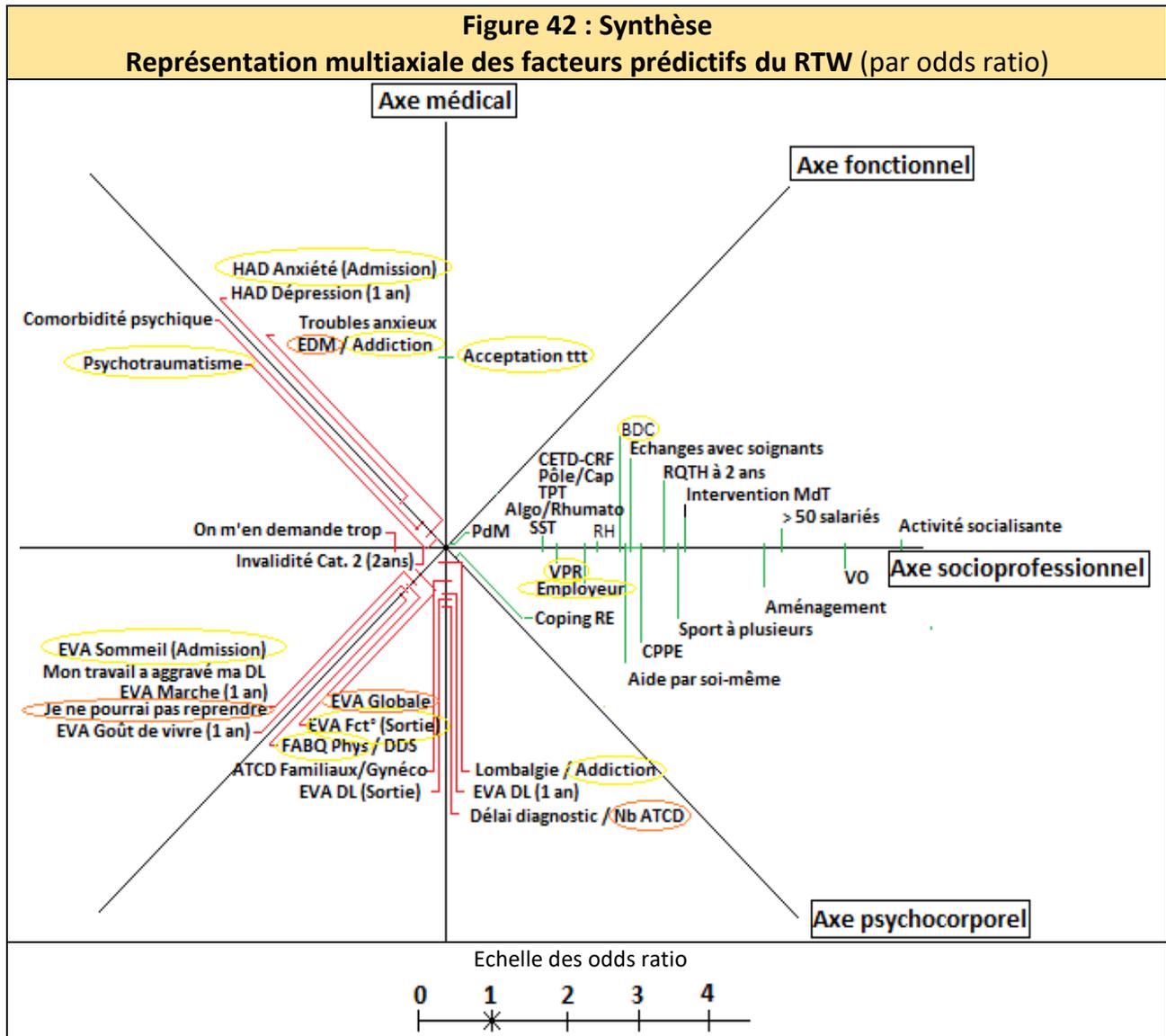
### 7.3. Synthèse graphique : Représentation multiaxiale des facteurs prédictifs de RTW

Nous avons représenté l'ensemble des facteurs prédictifs significatifs de retour au travail dans le graphique ci-dessous, selon 4 axes : médical (et pharmacologique), fonctionnel, psychocorporel (et addictologique), ainsi que socioprofessionnel, avec 2 orientations (en fonction des odds ratio) :

- **Positive** si OR > 1 : facteurs prédictifs de reprise (valeurs figurées par traits verts),
- **Négative** si OR < 1 : facteurs prédictifs de non reprise (valeurs figurées par traits rouge).

Nous avons mis l'accent sur les modélisations par régressions logistiques multivariées :

- Les cofacteurs prédictifs des **meilleurs modèles monoaxiaux** ont été entourés en jaune.
- Les cofacteurs prédictifs du **meilleur modèle (qui est multiaxial)** ont été entourés en orange.



**EVA** : Echelle visuelle analogique ; **DL** : Douleur ; **ATCD** : Antécédents ; **ttt** : Traitement ; **PdM** : Périmètre de marche  
**FABQ** : *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* (questionnaire sur les peurs, croyances et appréhension / évitement)  
**DDS** : Distance doigts-sol ; **HAD** : *Hospital Anxiety Depression Scale* ; **EDM** : Episode dépressif majeur  
**RE** : Réinterprétation des sensations douloureuses ; **TPT** : Temps partiel thérapeutique  
**CETD** : Centre d'évaluation et de traitement de la douleur ; **CRF** : Centre de rééducation fonctionnelle  
**SST** : Service de santé au travail ; **VPR** : Visite de préreprise ; **RH** : Ressources humaines ; **BDC** : Bilan de compétence  
**RQTH** : Reconnaissance de la qualité de de travailleur handicapé ; **MdT** : Médecin du travail  
**CPPE** : Centre de consultations de pathologies professionnelles et environnementales ; **VO** : Visite occasionnelle

Il en ressort que les facteurs de reprise sont surtout socioprofessionnels, avec 19 facteurs prédictifs : sociaux (activités socialisantes, sport), professionnels (VO, MdT, RQTH, CPPE, BDC, RH, VPR, TPT, SST...).

## 8. Etudes additionnelles

En dehors des résultats précédemment exposés qui constituent le cœur de la thèse, nous avons également mené trois études additionnelles :

- **Exploration de la faisabilité** d'une étude médico-économique,
- **Analyse des verbatims** exprimés lors de la passation des questionnaires,
- **Cartographie fréquentielle** des acteurs de maintien en emploi mobilisés.

### 8.1. Exploration de la faisabilité de l'étude médico-économique

A l'issue d'une série de réunions préparatoires avec les référents du Service médical de la CPAM des Pays de Loire, une étude de faisabilité a été effectuée par analyse des bases de données interrégimes.

#### 1) Recherche des diagnostics de fibromyalgie lors des séjours hospitaliers de la région : de 2015 à 2017

- Diagnostic principal de FM : 3 séjours (dont 1 au CETD),
- Diagnostic secondaire de FM : 542 séjours pour 388 patients, sur 5 établissements.

Devant la rareté du diagnostic codé de FM lors des hospitalisations en Maine et Loire, Sarthe et Vendée, il est décidé de se focaliser sur les établissements de Loire-Atlantique, soit 351 patients avec une FM.

#### 2) Décompte des IJ pour ne retenir que les patients avec plus de 150 IJ (soit 5 mois d'arrêt de travail) :

- Difficultés de recueil, en raison des doublons dans la table régionale des IJ,
- 23 patients avec FM sont identifiés (6 au CETD et 17 dans un autre centre antidouleur nantais),

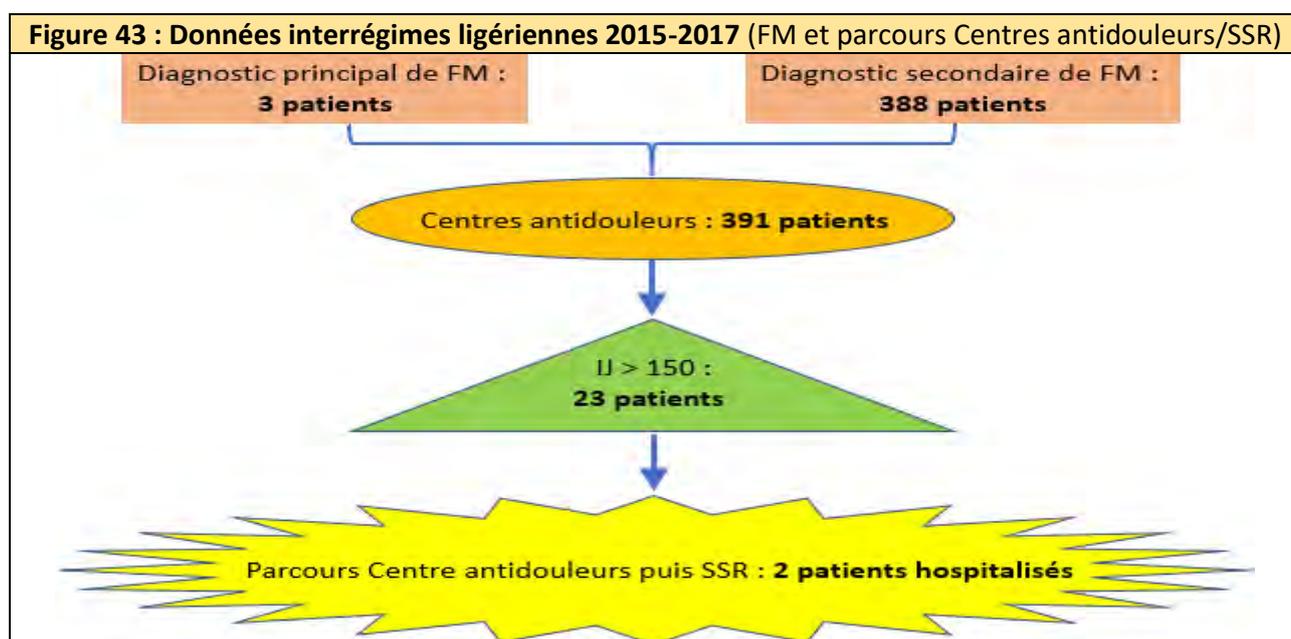
#### 3) Repérage des séjours SSR dans l'année qui suit l'admission au CETD (si IJ > 150) :

- 2 patients présentant une FM sont identifiés.

#### 4) Conclusion de l'étude de faisabilité :

Sur la base de données interrégimes ligériennes de l'Assurance maladie, seuls 2 patients avec codage de fibromyalgie sont repérés comme ayant emprunté la filière générale centres antidouleurs/SSR sur 3 ans !

Devant ce faible effectif n'autorisant aucune recherche ayant une valeur statistique fiable et pertinente, il est décidé d'un commun accord de ne pas poursuivre cette étude médico-économique.



## 8.2. Analyse des verbatims : Cf. corpus intégral en Annexe 13, p. 188

L'étude lexicographique informatisée du corpus a permis de dénombrer 378 phrases, soit 4611 mots, avec 1056 formes actives, dont 435 occurrences multiples et 621 hapax (occurrences uniques).

Le RST (Regroupement de segments de texte) a distingué 4 classes sémantiques homogènes emboîtées.

Tableau 32 : Analyse des verbatims – Etude lexicographique			
Analyse fréquentielle des éléments du texte		Analyse de contenu par la méthode RST de REINERT	
Phrases	378	Lemmes	898
Mots	4611	Segments de texte	137
Formes actives	1056	Moyennes de formes par segments	36,9
Occurrences multiples	435 (41,2%)	Classes	4
Hapax	621 (58,8%)	Segments classés	89 (64,9%)
RST : Regroupement de segments de texte ; Hapax : Mot à occurrence unique ; Lemme : Unité lexicale			

La CHD (Classification hiérarchique descendante) a ainsi distingué 4 classes que nous avons ensuite baptisées par affiliation conceptuelle des termes qui s'y rattachent : « Médicaments » et filière de soins, « Construire » et projet de RTW, « Invalidité » et situation de handicap, « AFPA » et outils de MEE.

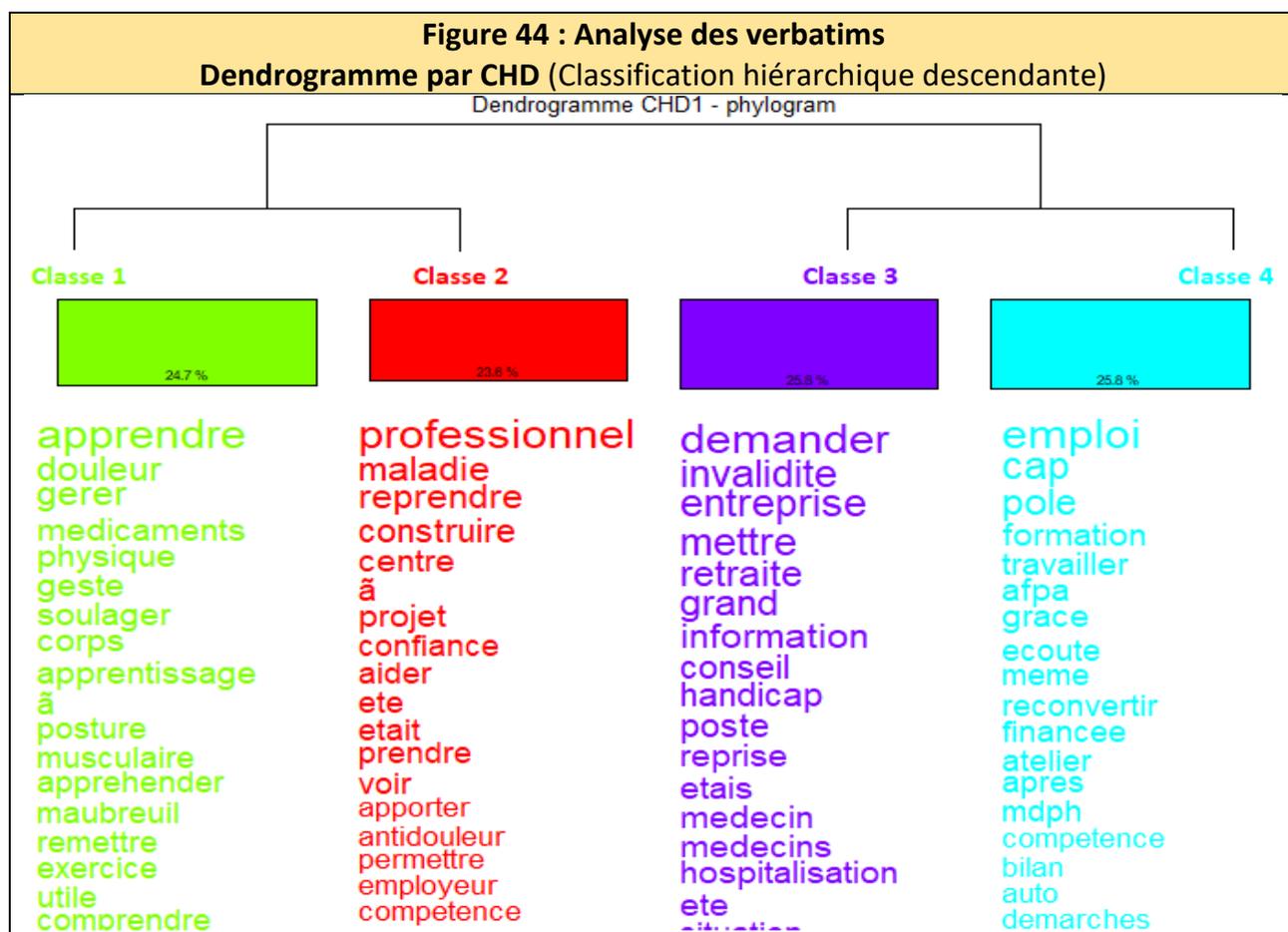


Tableau 33 : Analyse des verbatims – Affiliation conceptuelle ciblée des classes hiérarchiques			
Classes	Rattachement conceptuel par objectifs	Termes propres aux concepts identifiés	%
Classe 1	Prise en charge par la filière de soins	<i>Médicaments, Exercices, Apprentissage</i>	24,7
Classe 2	Elaboration du projet de retour au travail	<i>Reprendre, Construire, Projet, Compétence</i>	23,6
Classe 3	Prise en compte des situations de handicap	<i>Invalidité, Retraite, Handicap, Reprise</i>	25,6
Classe 4	Mobilisation des outils de MEE	<i>Pôle / Cap Emploi, MDPH, AFPA, Bilan, Atelier</i>	25,8

**Le profil des lemmes significatifs** a ensuite été étudié, selon le but identifié des classes conceptuelles :

- **Prise en charge par la filière de soins** : les lemmes les plus significatifs sont « *Apprendre, Douleur, Gérer, Médicaments, Physique, Geste, Soulager, Corps, Apprentissage* » ( $p < 0,001$ ).
- **Elaboration du projet de retour au travail** : les lemmes les plus significatifs sont « *Professionnel, Maladie, Reprendre* » ( $p < 0,001$ ).
- **Prise en compte des situations de handicap** : les lemmes les plus significatifs sont « *Demander, Invalidité, Entreprise* » ( $p < 0,001$ ).
- **Mobilisation des outils de maintien en emploi** : les lemmes les plus significatifs sont « *Emploi, Cap, Pôle, Formation, Travailler, AFPA* » ( $p < 0,001$ ).

**Nous constatons une tendance de liaison** entre outils de RTW et les mots « *Financer* » et « *Complicé* ».

Tableau 34 : Analyse des verbatims										
Profil des lemmes significatifs, par classes conceptuelles ciblées										
Formes	n S	n T	%	$\chi^2$	p	Formes	n S	n T	%	p
<b>Classe 1 : Prise en charge par la filière de soins</b>						<b>Classe 3 : Prise en compte des situations de handicap</b>				
Apprendre	14	14	100,0	50,6	<0,0001	Demander	5	5	100,0	<0,0001
Douleur	14	20	70,0	28,4	<0,0001	Invalidité	4	4	100,0	0,00005
Gérer	9	10	90,0	25,8	<0,0001	Entreprise	4	4	100,0	0,00005
Médicaments	5	5	100,0	16,1	<0,0001	Retraite	3	3	100,0	0,003
Physique	4	4	100,0	12,8	0,0004	Information	4	5	80,0	0,004
Geste	4	4	100,0	12,8	0,0004	Conseil	6	10	60,0	0,009
Soulager	4	4	100,0	12,8	0,0004	Poste	4	6	66,7	0,018
Corps	4	4	100,0	12,8	0,0004	Handicap	4	6	66,7	0,018
Apprentissage	4	4	100,0	12,8	0,0004	Reprise	6	11	54,6	0,020
Posture	3	3	100,0	9,5	0,002	Médecin	5	9	55,6	0,032
Musculaire	3	3	100,0	9,5	0,002	Hospitalisation	4	7	57,1	0,049
Appréhender	3	3	100,0	9,5	0,002	Situation	2	3	66,7	0,100
Maubreuil	4	5	80,0	8,7	0,003	Entretien	2	3	66,7	0,100
Utile	3	4	75,0	5,7	0,017	CRP	2	3	66,7	0,100
Comprendre	3	4	75,0	5,7	0,017	Reconversion	2	3	66,7	0,100
Remettre	3	4	75,0	5,7	0,017	Seul	2	3	66,7	0,100
Exercice	3	4	75,0	5,7	0,017	<b>Classe 4 : Mobilisation des outils de maintien en emploi</b>				
Traitement	3	5	60,0	3,5	0,059	Emploi	19	24	79,2	<0,0001
Forme	3	5	60,0	3,5	0,059	Cap	13	14	92,9	<0,0001
Continuer	3	5	60,0	3,5	0,059	Pôle	10	10	100,0	<0,0001
Activité	2	3	66,7	2,9	0,087	Formation	10	16	62,5	0,0002
Vivre	2	3	66,7	2,9	0,087	Travailler	8	12	66,7	0,0005
Effort	2	3	66,7	2,9	0,087	AFPA	4	4	100,0	0,0005
Apprécier	2	3	66,7	2,9	0,087	Ecoute	3	3	100,0	0,003
Capacité	2	3	66,7	2,9	0,087	Reconvertir	3	3	100,0	0,003
Activité	3	6	50,0	2,2	0,014	Financer	3	3	100,0	0,003
<b>Classe 2 : Elaboration du projet de retour au travail</b>						Atelier	4	5	80,0	0,004
Professionnel	8	8	100,0	28,5	<0,0001	MDPH	3	4	75,0	0,022
Maladie	9	15	60,0	13,3	0,0003	Compétence	3	5	60,0	0,073
Reprendre	6	8	75,0	12,9	0,0003	Bilan	3	5	60,0	0,073
Construire	3	3	100,0	10,05	0,002	Démarche	2	3	66,7	0,100
Centre	7	12	58,3	9,3	0,002	Complicé	2	3	66,7	0,100
Projet	5	8	62,5	7,4	0,007					
Confiance	3	4	75,0	6,1	0,013					
Aider	3	4	75,0	6,1	0,013					
Antidouleur	3	6	50,0	2,49	0,011					
Permettre	4	9	44,4	2,4	0,120					

**n S** : Effectif des segments avec formes intra-classes ; **n T** : Effectif de segments avec formes intra-corpus  
**%** : Rapport Eff n S / n T ;  **$\chi^2$**  : Khi-deux (lien statistique entre les formes intra-classes) ; **p** : Significativité

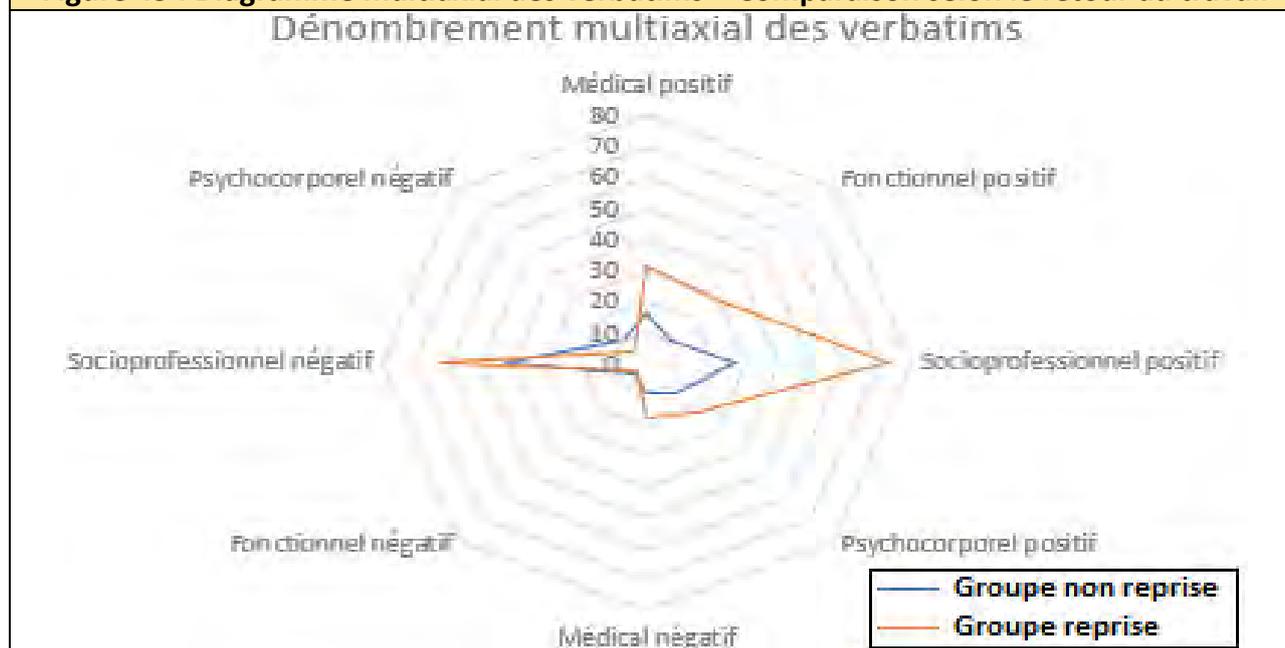
**Le regroupement thématique multiaxial : 378 verbatims ventilées en 4 axes à 2 orientations**

Les aspects positifs prédominent (81,2% dans l'axe fonctionnel), hormis dans l'axe socioprofessionnel (48,8%). Les verbatims sont plus fréquents dans le groupe reprise (significativité figurée en vert ci-après).

<b>Tableau 35 : Analyse des verbatims – Regroupement thématique multiaxial</b>					
	<b>Population</b> (n=61)	<b>Sans reprise</b> (n=23)	<b>Avec reprise</b> (n=38)	<b>Significativité</b>	
				(p)	Calcul
<b>Vous pouvez nous laisser une remarque</b>					
- Axe médical : aspects positifs	9/27 (33,3%)	4/27 14,8%	5/27 18,5%	1	F
- Axe médical : aspects négatifs	18/27 (66,7%)	8/27 29,6%	10/27 37,0%	0,773	F
- Axe fonctionnel : aspects positifs	9/9 (100,0%)	1/9 11,1%	8/9 88,9%	<b>0,003</b>	F
- Axe fonctionnel : aspects négatifs	0/9 (0,0%)	0/9 0,0%	0/9 0,0%		
- Axe psychocorporel : aspects positifs	4/12 (33,3%)	2/12 16,7%	2/12 16,7%	1	F
- Axe psychocorporel : aspects négatifs	8/12 (66,7%)	7/12 58,3%	1/12 8,3%	<b>0,027</b>	F
- Axe socioprofessionnel : aspects positifs	75/130 (57,7%)	23/130 17,7%	52/130 40,0%	<b>&lt;0,0000</b>	$\chi^2$
- Axe socioprofessionnel : aspects négatifs	55/130 (42,3%)	22/130 16,9%	33/130 25,4%	0,095	$\chi^2$
<b>En quoi le CETD et Maubreuil vous-ont-ils aidé ?</b>					
- Axe médical : aspects positifs	25/28 (89,3%)	8/28 36,4%	17/28 60,7%	<b>0,016</b>	$\chi^2$
- Axe médical : aspects négatifs	3/28 (10,7%)	1/28 3,6%	2/28 7,1%	1	F
- Axe fonctionnel : aspects positifs	21/28 (75,0%)	6/28 21,4%	15/28 53,6%	<b>0,013</b>	$\chi^2$
- Axe fonctionnel : aspects négatifs	7/28 (25,0%)	4/28 14,3%	3/28 10,7%	1	F
- Axe psychocorporel : aspects positifs	24/28 (85,7%)	10/28 35,7%	14/28 50,0%	0,418	F
- Axe psychocorporel : aspects négatifs	4/28 (14,3%)	1/28 3,6%	3/28 10,7%	0,611	F
- Axe socioprofessionnel : aspects positifs	10/10 (100,0%)	1/10 10,0%	9/10 90,0%	<b>0,002</b>	F
- Axe socioprofessionnel : aspects négatifs	0/10 (0,0%)	0/10 0,0%	0/10 0,0%		
<b>Pourquoi estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont aidé sur le plan professionnel ?</b>					
- Axe médical : aspects positifs	9/11 (81,8%)	4/11 36,4%	5/11 45,5%	1	F
- Axe médical : aspects négatifs	2/11 (18,2%)	0/11 0,0%	2/11 18,2%	0,476	F
- Axe fonctionnel : aspects positifs	9/10 (90,0%)	3/10 30,0%	6/10 60,0%	0,369	F
- Axe fonctionnel : aspects négatifs	1/10 (10,0%)	1/10 10,0%	0/10 0,0%	1	F
- Axe psychocorporel : aspects positifs	7/7 (100,0%)	1/7 14,3%	6/7 85,7%	<b>0,029</b>	F
- Axe psychocorporel : aspects négatifs	0/7 (0,0%)	0/7 0,0%	0/7 0,0%		
- Axe socioprofessionnel : aspects positifs	13/31 (41,9%)	2/31 6,5%	11/31 35,5%	<b>0,011</b>	F
- Axe socioprofessionnel : aspects négatifs	18/31 (58,1%)	10/31 32,3%	8/31 25,8%	0,576	$\chi^2$
<b>Précisez en quoi l'accompagnement des démarches professionnelles pourrait être amélioré</b>					
- Axe médical : aspects positifs	4/9 (44,4%)	0/9 0,0%	4/9 44,4%	0,082	F
- Axe médical : aspects négatifs	5/9 (55,6%)	1/9 11,1%	4/9 44,4%	0,294	F
- Axe fonctionnel : aspects positifs	0/1 (0,0%)	0/1 0,0%	0/1 0,0%		
- Axe fonctionnel : aspects négatifs	1/1 (100,0%)	0/1 0,0%	1/1 100,0%	1	F
- Axe psychocorporel : aspects positifs	0/3 (0,0%)	0/3 0,0%	0/3 0,0%		
- Axe psychocorporel : aspects négatifs	3/3 (100,0%)	2/3 66,7%	1/3 33,3%	1	F
- Axe socioprofessionnel : aspects positifs	2/34 (5,9%)	1/34 2,9%	1/34 2,9%	1	F
- Axe socioprofessionnel : aspects négatifs	32/34 (94,1%)	11/34 32,4%	21/34 61,7%	<b>0,015</b>	$\chi^2$
<b>Total : 378 verbatims</b>					
- Axe médical : aspects positifs	47/75 (62,7%)	16/75 21,3%	31/75 41,3%	<b>0,008</b>	$\chi^2$
- Axe médical : aspects négatifs	28/75 (37,3%)	10/75 13,3%	18/75 24,0%	<b>0,094</b>	$\chi^2$
- Axe fonctionnel : aspects positifs	39/48 (81,2%)	10/48 20,8%	29/48 60,4%	<b>&lt;0,0000</b>	$\chi^2$
- Axe fonctionnel : aspects négatifs	9/48 (18,8%)	5/48 10,4%	4/48 8,3%	1	F
- Axe psychocorporel : aspects positifs	35/50 (70,0%)	13/50 26,0%	22/50 44,0%	<b>0,059</b>	$\chi^2$
- Axe psychocorporel : aspects négatifs	15/50 (30,0%)	10/50 20,0%	5/50 10,0%	0,161	$\chi^2$
- Axe socioprofessionnel : aspects positifs	100/205 (48,8%)	27/205 13,2%	73/205 35,6%	<b>&lt;0,0000</b>	$\chi^2$
- Axe socioprofessionnel : aspects négatifs	105/205 (51,2%)	43/205 20,9	62/205 30,2%	<b>0,032</b>	$\chi^2$

L'analyse graphique confirme que les verbatims sont plus fréquents dans le groupe reprise (en orange). Le diagramme « radar » ci-dessous montre également que l'axe socioprofessionnel a été le plus abordé : positivement dans le groupe reprise et négativement dans le groupe non reprise (figuré en bleu).

**Figure 45 : Diagramme multiaxial des verbatims – Comparaison selon le retour au travail**



Les principales occurrences sont le travail (1,6%), l'aide (0,9%) et la douleur (0,7%). Nous remarquons que des thèmes non prévus dans le questionnaire ont été évoqués, reflétant les préoccupations premières des répondants : « **Reconnaissance, Ecoute, Projet, Utile, Confiance, Comprendre, Parler** ».

**Tableau 36 : Analyse des verbatims – Occurrences des formes actives**  
(Thèmes originaux spontanés en gras)

Travail	74 (1,6%)
Aide	40 (0,9%)
Douleur	35 (0,7%)
Fibromyalgie	32 (0,6%)
Médecin	30 (0,7%)
Formation	23 (0,5%)
Maladie, Centre, Apprentissage	20 (0,4%)
Activité	19 (0,4%)
Cap Emploi	17 (0,4%)
Conseil, Emploi	16 (0,3%)
Maubreuil, Reprise	15 (0,3%)
Antidouleur, <b>Reconnaissance, Ecoute</b> , Employeur	14 (0,3%)
Améliorer, Professionnel	10 (0,2%)
<b>Projet, Patient, Utile</b>	9 (0,2%)
Poste, Médicament, Handicap, Compétence	8 (0,2%)
Traitement, <b>Confiance</b> , Groupe, Bilan, <b>Comprendre, Parler, Trouver</b> , Difficulté	7 (0,2%)
Démarche, Information, Temps, Soutien, kinésithérapie	6 (0,1%)
CRP, Problème, Social, Invalidité	5 (0,1%)
Physique, Posture, <b>Apprécier</b> , Situation, MDPH, <b>Assistance</b> , Atelier, Reconversion, Hospitalisation, Rééducation, <b>Corps, AFPA</b> , Intervention, <b>Vivre, Effort</b> , Moral	4 (0,1%)
<b>Acceptation, Besoin</b> , Capacité, Psychologique, Donner, <b>Sensibiliser, Connaître</b> , Retraite, <b>Refusé, Energie</b> , Compliqué, AGEFIPH, Entreprise, Pôle Emploi, Entretien, <b>Prévoyance, Financer, Mental, Pouvoir, Construire</b> , Visite, <b>Savoir</b> , Séjour, <b>Régulier, Continuer</b> , RQTH, <b>Retrouver, Renvoyé</b> , Expérience, <b>Organisation, Musculaire, Exercice</b> , Personnel, Dur, Soins	3 (0,1%)

Un nuage de mots a été généré, sur la base des principales occurrences qui ont ensuite été regroupées en fonction des 4 axes de la prise en charge : médical, fonctionnel, psychocorporel et socioprofessionnel. Outre la *Reconnaissance*, citons les mots-clés qui ressortent : « Médecin, Activité, Conseil, Formation ».

**Figure 46 : Analyse des verbatims – Nuages de mots (Regroupement thématique multiaxial)**



## Une présentation synoptique du contenu thématique des verbatims a finalement été élaborée :

### 1) Remarques (aspect positifs et négatifs, dispositifs de réinsertions mobilisés durant la carrière)

#### a) Groupe sans reprise :

- **Axe médical (points positifs)** : le CETD a pris en considération les patients qu'il a soutenu en proposant un panel de solutions, le généraliste a fait preuve d'une grande disponibilité.
- **Axe médical (points négatifs)** : le suivi au CETD-CRF ne serait pas assez prolongé, la prise en charge au CETD-CRF devrait être mieux personnalisée, il faudrait promouvoir l'humanisation des annonces diagnostiques de fibromyalgie, les médecins devraient être sensibilisés à la FM.
- **Axe fonctionnel (point positif)** : la balnéothérapie soulagerait efficacement les douleurs.
- **Axe psychocorporel (point positif)** : les psychiatres et les équipes du CMP sont à l'écoute.
- **Axe psychocorporel (points négatifs)** : les handicaps invisibles seraient mal reconnus, il persisterait une disparité régionale de la reconnaissance de la fibromyalgie, le manque d'écoute serait dépressogène, la mise en invalidité devrait être accompagnée d'un soutien psychologique.
- **Axe socioprofessionnel (points positifs)** : les formations sont essentielles (*DIF*, formation informatique, journée découverte, aides de l'AGEFIPH, *CNASEA*<sup>5</sup>, reconversion via le CRP), les démarches personnelles sont capitales (prospection des Pages jaunes et des entreprises qui recrutent, aménagements auto-régulés, vie associative (conférences, groupes de paroles).
- **Axe socioprofessionnel (points négatifs)** : refus de bilan de compétence par l'administration (Fonction publique), obligation de faire la navette entre les organismes de MEE (Cap Emploi qui renvoie à Pôle Emploi) avec réorientations décrites entre CAF/CPAM/CARSAT/Conseil général, la complexité des démarches et les obstacles à la réinsertion sont ainsi pointés, la cohérence des décisions médicales semble également à améliorer entre généraliste, médecin-conseil, MdT et médecins-experts. La place des activités socialisantes serait également à renforcer.

#### b) Groupe avec reprise :

- **Axe médical (points positifs)** : CETD et CRF s'améliorent et sont un tremplin vers le travail.
- **Axe médical (points négatifs)** : les médicaments entravent parfois la capacité à travailler, l'ALD pour FM serait moins souvent accordée, il faudrait 1 chambre individuelle et un suivi régulier.
- **Axe fonctionnel (points positifs)** : la kinésithérapie et la natation sont bénéfiques.
- **Axe psychocorporel (point positif)** : l'auto-hypnose permet de gérer la douleur.
- **Axe psychocorporel (points négatifs)** : il convient d'éviter l'amalgame entre FM et trouble mental, un étiquetage intempestif de « *dépressif* » pourrait devenir une blessure narcissique.
- **Axe socioprofessionnel (points positifs)** : les comptes-rendus hospitaliers apportent un soutien tangible dans l'obtention des mesures de MEE, le médecin du travail occupe un rôle charnière en articulant les interventions favorisant la reprise, le médecin-conseil ainsi que l'assistante sociale et le médecin du CPPE apportent aussi une aide précieuse, la place des formations est décisive (BDC via Cap Emploi, atelier de Pôle Emploi avec séances de remise à niveau, validation d'enseignements via le CPF), divers dispositifs rendent possibles la réussite des projets professionnels (CRP, FNATH, BOE<sup>5</sup>, auto-financement grâce à la prévoyance ou au RSA).
- **Axe socioprofessionnel (points négatifs)** : le maintien en emploi est « *compliqué* » par le manque d'aménagement proposé et l'absence d'opportunité suffisante de reclassement, le *FONGECIF* est inaccessible aux fonctionnaires, la disponibilité d'office est parfois imposée malgré une volonté de reprise, le contexte est parfois difficile (vécu de reproches, voire de harcèlement), il importe d'encourager la création de passerelles faisant le pont entre les divers acteurs de MEE.

---

<sup>5</sup> **CNASEA** : Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles (établissement public favorisant formation et emploi, jusqu'en 2009) ; **BOE** : Bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Figure 47 : Analyse des verbatims

Exemples illustrant les réponses à l'invitation à laisser une remarque

GROUPE SANS REPRISE	GROUPE AVEC REPRISE
<p>« Le centre antidouleur m'a beaucoup apporté » Cf. A 1.1.4.</p>  <p>Axe médical</p>	<p>« Le centre antidouleur s'est énormément amélioré, avec un suivi annuel de qualité » Cf. A 2.1.1.</p>  <p>Axe médical</p>
<p>« La balnéothérapie est bénéfique sur mes douleurs » Cf. A 1.3.1.</p>  <p>Axe fonctionnel</p>	<p>« Les activités de marches régulières sont utiles, en respectant son corps » Cf. A 2.3.6.</p>  <p>Axe fonctionnel</p>
<p>« Le problème de la fibromyalgie,... c'est qu'il n'y a aucune considération pour nous comprendre » Cf. A 1.6.1.</p>  <p>Axe psychocorporel</p>	<p>« L'auto-hypnose est utile pour gérer les douleurs au travail » Cf. A 2.5.1.</p>  <p>Axe psychocorporel</p>
<p>« Cinq services se sont renvoyés la balle : la CAF, la CPAM, la CARSAT, le Conseil Général, Pôle Emploi » Cf. A 1.8.4.</p>  <p>Axe socioprofessionnel</p>	<p>« La médecine du travail et Cap Emploi m'ont beaucoup aidé » Cf. A 2.7.7.</p>  <p>Axe socioprofessionnel</p>

## 2) En quoi le CETD et Maubreuil vous-ont-ils aidé ?

### a) Groupe sans reprise :

- **Axe médical (aspects positifs)** : les hospitalisations permettent l'apprentissage d'une meilleure gestion de la douleurs et des symptômes, tout en diminuant les médicaments.
- **Axe médical (aspect négatif)** : le soulagement obtenu n'a parfois pas persisté sur le long terme.
- **Axe fonctionnel (aspects positifs)** : le réentraînement à l'effort a permis le renforcement musculaire, l'appropriation des auto-exercices et un gain substantiel en capacité à marcher.
- **Axe fonctionnel (points négatifs)** : le protocole de remise en forme devrait être adapté au ressenti individuel, afin d'éviter de générer une mise en échec liée aux douleurs asthéniantes.
- **Axe psychocorporel (points positifs)** : l'écoute des soignants est de grande qualité, les relations thérapeutiques soutenantes sont essentielles, l'art-thérapie est bénéfique.
- **Axe psychocorporel (points négatifs)** : un manque d'écoute serait à l'inverse préjudiciable.
- **Axe socioprofessionnel (points positifs)** : l'importance du réseau amical est déterminante.

### b) Groupe avec reprise :

- **Axe médical (aspects positifs)** : électrothérapie et médicaments antidouleurs sont efficaces, l'éducation thérapeutique à la gestion des alternatives favorise aussi un bon soulagement.
- **Axe médical (aspects négatifs)** : le soulagement apporté est parfois insuffisant, notamment avec les alternatives aux médicaments qu'il faudrait encore développer.
- **Axe fonctionnel (aspects positifs)** : l'apprentissage des gestes et postures avec l'ergothérapeute et la pratique du Qi gong seraient à encourager dans la gestion de la douleur au travail.
- **Axe fonctionnel (aspects négatifs)** : un point de vigilance majeur serait d'éviter les douleurs procédurales post-kinésithérapie, les activités physiques adaptées doivent être personnalisées.
- **Axe psychocorporel (aspects positifs)** : l'écoute active et les conseils favoriseraient l'acceptation de la maladie, la reprise de confiance en soi et inciteraient à surmonter les épreuves.
- **Axe psychocorporel (aspects négatifs)** : le lâcher-prise est parfois difficile à obtenir. Un éventuel suivi psychiatrique devrait être proposé graduellement pour en faciliter l'adhésion.
- **Axe socioprofessionnel (aspects positifs)** : la dynamique de groupe est porteuse, la présentation de pistes voire de solution de maintien en activité professionnelle est décisive.

## 3) Pourquoi estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont aidé sur le plan professionnel ?

### a) Groupe sans reprise :

- **Axe médical (points positifs)** : les informations ont été un guide vers plus d'autonomie.
- **Axe fonctionnel (points positifs)** : les soins rééducatifs permettent de rester actif au quotidien.
- **Axe fonctionnel (points négatifs)** : la rééducation est parfois vécue comme épuisante.
- **Axe psychocorporel (points positifs)** : les centres accompagnent le cheminement psychique.
- **Axe socioprofessionnel (points positifs)** : accepter la perte du travail permet de se réinvestir notamment dans les activités créatives, les projets de formation sont défendus par la MDPH.
- **Axe socioprofessionnel (points négatifs)** : le cloisonnement des acteurs entraverait le MEE, la question du travail et de l'ergonomie serait insuffisamment abordée dans les centres.

### b) Groupe avec reprise :

- **Axe médical (aspect positif)** : la construction du projet de sortie constitue une étape-clé.
- **Axe médical (aspect négatif)** : le traitement soulage mais a des effets adverses à maîtriser.
- **Axe fonctionnel (aspect positif)** : les kinésithérapeutes enseignent des exercices utiles.
- **Axe psychocorporel (aspect positif)** : un changement de regard permet de reprendre espoir.
- **Axe socioprofessionnel (aspects positifs)** : les hospitalisations peuvent efficacement contribuer à préparer la reprise (mise en situation concrète, ouverture du dialogue avec l'employeur).
- **Axe socioprofessionnel (aspect négatif)** : les mesures préconisées sont parfois non actées.

Figure 48 : Analyse des verbatims

Exemples illustrant l'aide apportée par le CETD et le CRF

GROUPE SANS REPRISE	GROUPE AVEC REPRISE
<p>« <i>Ca m'a appris à connaître ma maladie, pour m'aider à l'appréhender</i> » Cf. B 1.1.8.</p>  <p>Axe médical</p>	<p>« <i>L'atelier sur les médicaments m'a appris à savoir gérer la posologie des antalgiques</i> » Cf. B 2.1.10.</p>  <p>Axe médical</p>
<p>« <i>Ca aide à se remettre sur pied</i> » Cf. C 1.3.2.</p>  <p>Axe fonctionnel</p>	<p>« <i>L'ergothérapeute m'a montré quels étaient les gestes les plus appropriés au travail</i> » Cf. B 2.3.6.</p>  <p>Axe fonctionnel</p>
<p>« <i>Ils m'ont aidé dans le cheminement</i> » Cf. C 1.5.1.</p>  <p>Axe psychocorporel</p>	<p>« <i>La fibromyalgie, c'est dur parce que ça se voit pas</i> » Cf. B 2.6.2</p>  <p>Axe psychocorporel</p>
<p>« <i>Je n'ai pas eu d'infos, sur comment améliorer l'ergonomie du poste de travail</i> » Cf. C 1.8.10.</p>  <p>Axe socioprofessionnel</p>	<p>« <i>Ces centres m'ont été d'une grande aide, en mettant un nom sur ma douleur, pour être reconnu par l'employeur</i> » Cf. B 2.7.6.</p>  <p>Axe socioprofessionnel</p>

#### 4) En quoi l'accompagnement des démarches professionnelles pourrait être amélioré ?

##### a) Groupe sans reprise :

- **Axe médical (point négatif)** : la rythmicité des visites devrait être majorée sur du long terme.
- **Axe psychocorporel (point négatif)** : l'écoute des patients devrait encore être renforcée.
- **Axe socioprofessionnel (point positif)** : l'accompagnement par les centres a été satisfaisant.
- **Axe socioprofessionnel (points négatifs)** : un partage des expériences professionnelles serait profitable en groupe, tandis que des conseils pourraient être dispensés en individuel, le nombre d'ateliers pourrait être augmenté (avec des temps dédiés aux démarches administratives, aux outils facilitant le retour au travail, ou aux pistes pour s'investir dans la vie associative).

##### b) Groupe avec reprise :

- **Axe médical (points positifs)** : la prise en charge au CETD serait améliorée, les activités seraient mieux accessibles, les comptes-rendus d'hospitalisation appuient le RTW et le MEE.
- **Axe médical (points négatifs)** : les délais d'attente seraient trop longs, les protocoles de rééducation fonctionnelle devraient être mieux personnalisés, le suivi devrait être prolongé et régulièrement relancé.
- **Axe fonctionnel (point négatif)** : les formations gestes et postures seraient à développer.
- **Axe psychocorporel (point positif)** : les médiations d'art-thérapie seraient à poursuivre.
- **Axe socioprofessionnel (points négatifs)** : il serait intéressant de mettre en place une plateforme internet sur la FM pour favoriser l'émergence de groupes d'entraide entre patients, des activités socioculturelles pourraient ainsi être présentées, il conviendrait de développer les ateliers abordant progressivement la question du travail (avec remise d'une liste d'organismes utiles au projet professionnel, avec notamment les formations et acteurs du MEE), en définitive, il importerait d'ouvrir les centres à des intervention extérieures (MdT, conseiller Cap Emploi, avec témoignages de patients et rencontres avec les employeurs).

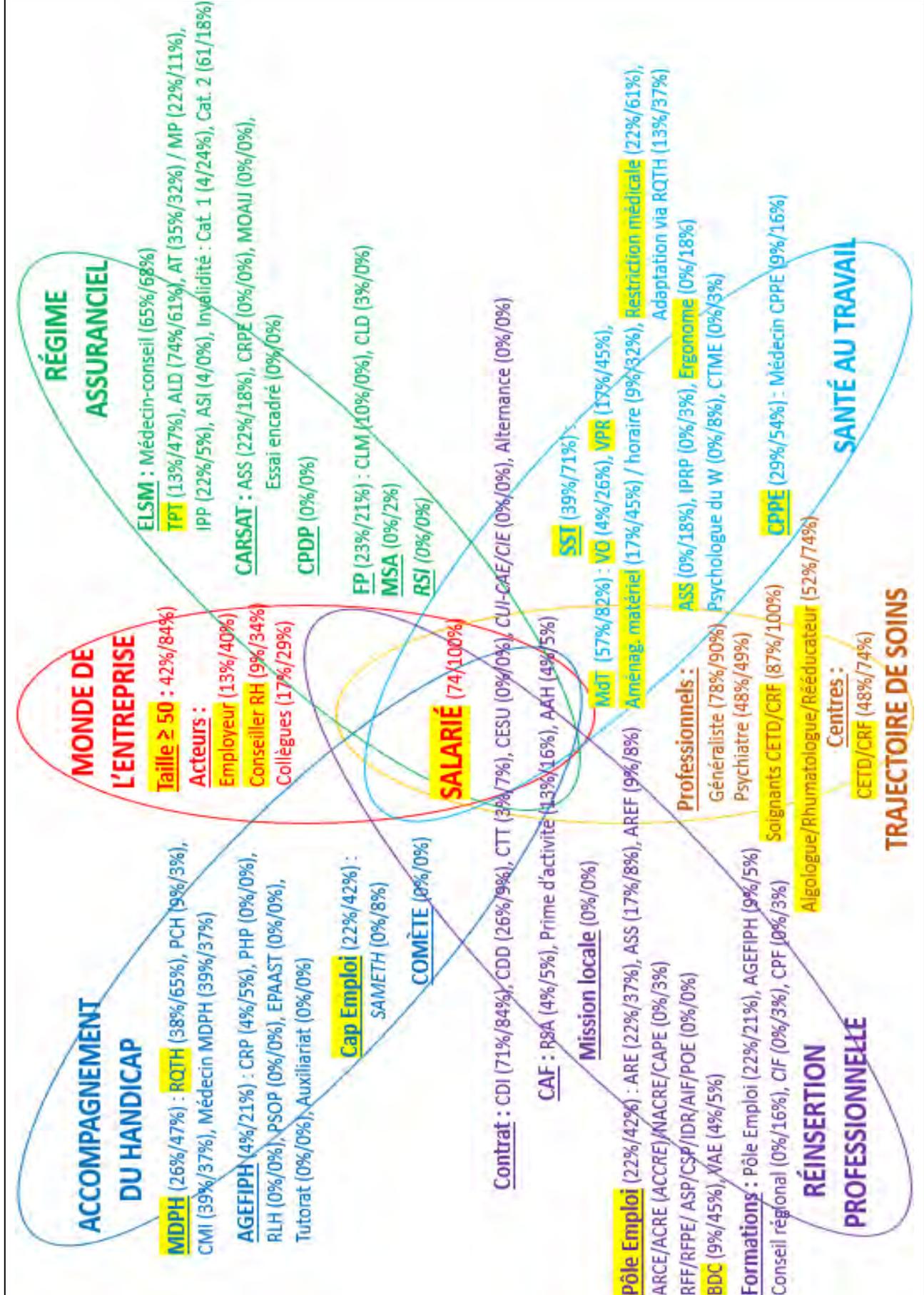
Figure 49 : Analyse des verbatims

Comment améliorer l'accompagnement des démarches professionnelles ?

GROUPE SANS REPRISE	GROUPE AVEC REPRISE
<p data-bbox="193 309 762 645">« <i>Besoin de soutien, avec un suivi médical régulier</i> » Cf. D 1.2.1.</p> <p data-bbox="252 631 338 698"></p> <p data-bbox="432 654 639 689">Axe médical</p>	<p data-bbox="829 309 1399 645">« <i>Les délais d'attente sont trop longs</i> » Cf. D 2.2.1.</p> <p data-bbox="888 631 975 698"></p> <p data-bbox="1075 654 1283 689">Axe médical</p>
<p data-bbox="193 721 762 1102">Pas de verbatim</p> <p data-bbox="252 1088 338 1155"></p> <p data-bbox="443 1111 715 1146">Axe fonctionnel</p>	<p data-bbox="829 721 1399 1102">« <i>Il manque des formations gestes et posture</i> » Cf. D 2.4.1.</p> <p data-bbox="888 1088 975 1155"></p> <p data-bbox="1086 1111 1358 1146">Axe fonctionnel</p>
<p data-bbox="193 1178 762 1559">« <i>Il faut améliorer l'écoute des patients</i> » Cf. D 1.6.2.</p> <p data-bbox="252 1545 338 1612"></p> <p data-bbox="443 1568 783 1603">Axe psychocorporel</p>	<p data-bbox="829 1178 1399 1559">« <i>Il faudrait faire des colloques dans les sociétés, pour faire comprendre ce que c'est que la fibromyalgie</i> » Cf. D 2.6.1.</p> <p data-bbox="888 1545 975 1612"></p> <p data-bbox="1066 1568 1406 1603">Axe psychocorporel</p>
<p data-bbox="193 1635 762 2016">« <i>Il faudrait augmenter le nombre d'ateliers et parler du travail</i> » Cf. D 1.8.4.</p> <p data-bbox="252 2002 338 2069"></p> <p data-bbox="400 2024 794 2060">Axe socioprofessionnel</p>	<p data-bbox="829 1635 1399 2016">« <i>Il faudrait voir comment faire pour parler de la maladie avec les patrons</i> » Cf. D 2.8.18.</p> <p data-bbox="888 2002 975 2069"></p> <p data-bbox="1027 2024 1422 2060">Axe socioprofessionnel</p>

### 8.3. Cartographie fréquentielle des acteurs du maintien en emploi (dans les 2 ans post-admission)

Figure 50 : Cartographie fréquentielle des acteurs du MEE (facteurs prédictifs de RTW en jaune)



## IV – Discussion (Cartographie ci-contre, commentée dans la partie 1.4 Complexité des démarches)

### 1. Mise en perspective des résultats avec les données de la littérature

#### 1) Critère de jugement principal

**Le retour au travail** : notre étude obtient un taux de RTW de 36,5% à 1 an et **54,1%** à 2 ans, contre 28,6% et **50,0%** dans l'étude similaire sur dossiers de 2011 [398]. Cet écart paraissant important (+ 8 points à 1 an) s'explique pour moitié par les données manquantes complétées par questionnaires (mais la différence observée entre 2011 et 2020 est non significative,  $p=0,537$ ). Dans la population générale des fibromyalgiques, le maintien au travail est de 34 à 77% [247], avec un taux d'activité professionnelle en France de 65% (sur un large échantillon de FM incluant des formes non sévères) [270]. Le RTW post-réadaptation toutes pathologies confondues est de 52%, mais il chute à **37%** deux ans après [402]. Chez les lombalgiques chroniques, un RTW post-rééducation à 2 ans a été de **77%** [403]. Le maintien en activité 10 ans après reconditionnement frisait 65% [394]. Le RTW des lombalgiques post-CETD/CRF était de 34% à 1 an et **47%** à 2 ans (en excluant les simples recherches d'emploi de la définition du RTW) [414]. Cette différence conséquente de 30 points témoigne de la sévérité des douleurs chroniques prises en charge au CETD, ultime recours en cas d'algies rebelles. La seule étude comparable à la nôtre (hors CETD) étudiant le RTW en cas de FM traitée par prise en charge globale algologique/fonctionnelle (4 semaines) obtenait un RTW de **53,2%**, mais pour des FM moins sévères, avec arrêt de travail pré-admission moins long (6,2 mois Vs. 13,8 mois ici) [415]. Le RTW post-CETD/CRF semblait meilleur pour les FM sévères.

#### 2) Paramètres secondaires

**La pérennité du retour au travail** à 2 ans était de **88,9%**, contre 100% dans l'étude de 2011, mais sans différence significative ( $p=0,526$ ) [398]. Le maintien en activité post-admission en 2020 restait important à 42,6%, alors que la durée de travail post-diagnostic est réduite dans la plupart des FM (66%) [250].

**Les données socio-démographiques** indiquent que notre population était surtout composée de femmes (86%) d'âge moyen 42 ans, en couple (48%) avec enfants (81%), confirmant les données de la principale étude française ( $n=4516$ ) : femmes (93%) d'âge moyen 48 ans, en couple (69%) avec enfants (80%) [270].

**Le niveau d'éducation** : alors qu'il influe sur l'invalidité [244], la fréquence des symptômes [250] et le pourcentage d'emplois [266], le niveau de certification ici n'a pas d'effet sur le RTW, aussi bien d'après les dossiers ( $p=0,350$ ) que les questionnaires ( $p=0,667$ ). La proportion de bacheliers était de 35% selon les dossiers et 45% selon les répondants, contre 68% dans la génération des quadragénaires, INSEE [416].

**Les principaux secteurs d'activité** étaient les postes administratifs (34%), ainsi que les soins et service à la personne (24%), contre respectivement 12% et 42% dans une étude suédoise [266]. Nous notons que le secteur d'activité n'avait ici aucun effet sur le RTW, alors que les postes sédentaires avec travail devant écran ont été pointés comme un facteur prédictif de non reprise, dans une étude française [401].

**L'intervention du médecin du travail** dans les 1 an pré-admission était de **30%**, avec **57%** d'aménagement quantitatif du poste à 1 an post-admission selon les dossiers, alors qu'une autre étude française montrait une visite à 1 an avec le médecin du travail atteignant **66%** [401]. De même, les questionnaires attestaient d'une rencontre effective avec le MdT dans les 2 ans post-admission (**72%**), avec une aide subjectivement perçue au crédit de la Médecine du travail totalisant **46%** des répondants. La perception d'un manque d'accompagnement par le SST était largement majoritaire (**62%**), pourtant l'intervention du médecin du travail semblait prédictive de RTW ( **$p=0,029$** ), tout comme l'aide du SST ( **$p=0,015$** ). Ainsi, il semble que l'intervention du MdT suscite de l'insatisfaction alors qu'elle est efficace.

**L'invalidité** concerne **24 à 31%** des FM aux Etats-Unis [243, 244, 251, 255, 373] et **31%** en France [270], avec au CETD de Nantes, **10%** à l'admission, grimpant à **61%** à 24 mois [398]. De même, dans notre étude, l'invalidité était minoritaire à l'admission (**10%**), pour monter à **19%** à 1 an, puis **60% à 2 ans** (avec **51%** de pensions versées). D'après les répondants, **58%** de ces invalidités étaient secondaires à la FM. Ces différences peuvent s'expliquer par les disparités d'attribution et les modes de recueil de données. D'autres études corroborent nos résultats : l'invalidité augmente à 5 ans du diagnostic (**35%**) [252].

**Le délai diagnostique** de la FM en France dépasse allègrement 1 an (82%) [270], ce que confirme notre étude, avec un délai diagnostique post-diffusion de **5 ans**. Ce délai manifestement trop tardif contrevient aux recommandations EULAR (2017) et semble constituer un facteur prédictif de non reprise ( $p=0,005$ ).

**Les comorbidités** génèrent un risque d'augmentation des arrêts de travail pour FM (HR 2,6) [259]. Dans notre étude, les principales comorbidités étaient les troubles anxieux (43%) et dépressifs (42%), TMS (41%), psychotraumatismes (27%), algies post-chirurgicales (24%), polyarthrose (16%) et hystérectomie (4%), tandis que les résultats divergent dans une autre étude française : troubles cognitifs (62%), anxiété (52%), arthrose (49%), dépression (48%), dysthyroïdie (22%), bipolarité (5%), GS (5%), PR (4%), SAA (4%) [270]. Les différences s'expliquent par les biais de sélection (exclusion des RIC) et d'évaluation (absence de bilan neuropsychologique des troubles cognitifs), alors que les TMS sont objectivés au CETD par examen et imagerie, contrairement aux éléments recueillis dans l'enquête internet précitée [270]. Les lombalgies concomitantes à la FM semblaient constituer un facteur prédictif de non reprise ( $p=0,034$ ), ce que confirme une étude prospective : OR 2,2 [1,3-3,8] ( $p=0,012$ ) [249]. Notre travail paraît déceler un facteur anamnestique de non reprise, non retrouvé dans la littérature sur la FM : les comorbidités gynécologiques ( $p=0,009$ ), avec tendance prédictive pour l'hystérectomie ( $p=0,069$ ).

**Les données fonctionnelles** : peu d'éléments sont disponibles sur la distance doigts-sol (DDS) et le périmètre de marche (PdM) dans la FM. Notre étude montre une DDS moyenne de 18 cm et un PdM moyen de 809 m, avec une différence significative selon la reprise ( $p=0,021$  et  $p=0,006$ ), tandis qu'une étude française sur le RTW des lombalgiques montrait aussi une différence pour la DDS ( $p=0,005$ ) [403]. La proportion de kinésithérapie était de 51% à l'admission, Vs 63% dans une autre étude française [270].

**Les données de qualité de vie** : EVA Sommeil et Globale semblaient prédictives de non reprise ( $p<0,0001$  et  $p<0,001$ ). Ce qui confirme les résultats trouvés en 2011 au CETD pour la FM : EVA Sommeil ( $p=0,040$ ) [398]. De même, chez les lombalgiques, l'étude de 2010 au CETD montrait que certaines échelles étaient prédictives de non reprise : EVA Activité générale ( $p=0,008$ ) et EVA Humeur ( $p=0,015$ ) [414]. Tandis que dans notre étude, certaines échelles à 1 an post-admission semblaient prédictives de non reprise : EVA Douleur ( $p=0,013$ ), EVA Travail ( $p=0,004$ ) et EVA Goût de vivre ( $p=0,041$ ). Pareillement, à l'admission, le FIQ, le FABQ Physique et le FABQ Professionnel items 2 et 11 semblaient prédictifs de non reprise, ce qui corrobore les données de la littérature sur le FIQ [244], alors que le caractère prédictif du FABQ sur le RTW n'était connu que dans la lombalgie chronique, dans les études que nous avons parcourues [403]. A contrario, dans la FM, le FABQ expliquerait jusqu'à 26% de la variance de la perte d'emploi [94].

**Les données psychologiques** : les HAD Anxiété et Dépression semblaient prédictives d'une non reprise ( $p=0,009$  et  $p=0,027$ ). Ce qui affermit les résultats de l'étude de 2011 sur la FM pour l'HAD Anxiété ( $p=0,043$ ) [398]. Chez les lombalgiques admis au CETD/CRF, il n'y avait pas d'effet prédictif de l'HAD, en raison d'un effectif faible ( $n=33$ ) [414], idem dans une étude de plus grande envergure ( $n=217$ ) [403].

**Les données pharmaco/addictologiques** : le MQS-I n'avait pas d'effet prédictif sur le RTW, alors que la pharmacodépendance, les addictions et les benzodiazépines semblaient prédictifs d'une non reprise ( $p=0,029$  ;  $p=0,029$  ;  $p=0,045$ ). Dans les articles consultés, l'effet prédictif de la consommation de médicaments sur le RTW n'était décrit que pour l'usage d'opioïdes chez le douloureux chronique [393].

**Les données éducatives** : l'item le moins maîtrisé était la conscience de faire des écarts de dose (0,5/4). L'acceptation d'un traitement long et la conscience de son importance semblaient prédictifs de reprise (p=0,030 ; p=0,038). Il s'agit d'un résultat original non décrit dans la littérature à notre connaissance.

**Les données professionnelles** : 66% des patients travaillait dans une entreprise de plus de 50 salariés, ce qui paraît constituer un facteur prédictif de reprise (p=0,0002). LE RTW résultait principalement d'un maintien dans l'emploi (40%), ou d'un changement d'emploi (51%), à comparer aux résultats d'une autre étude française (changement d'emploi, 33%) [270]. Cette même étude retrouvait l'importance du temps partiel dans la FM (28%), alors que notre étude objectivait un temps partiel de 54% (mais notre population d'étude comportait des patients en arrêt prolongé, ayant cherché à recouvrer une activité). Les aménagement qualitatifs de poste représentaient 7% en pré-admission, puis 52% à 1 an et 57% à 2 ans selon les dossiers, mais seulement 34% à 2 ans d'après les questionnaires (possible biais de mémoire). Ces données sont similaires à celles d'une enquête française : 66% d'aménagements [270].

### 3) Efficacité de la prise en charge

#### - Amélioration des indicateurs algologiques, fonctionnels, qualitatifs et professionnels :

Dans l'étude de 2011 sur l'efficacité du CETD-CRF dans la FM, seule l'EVA Activité générale était significativement améliorée à 12 mois (p=0,002) [398]. Dans l'étude de 2010 sur l'efficacité de cette filière dans la lombalgie, les indicateurs suivants étaient améliorés : EVA Douleur à 1 an et 2 ans (p=0,018 ; p=0,017), EVA Fonction à 1 an (p=0,013), EVA Marche à 1 an (p=0,013), EVA Travail à 2 ans (p=0,011), EVA Relation à 2 ans (p=0,036), EVA Goût de vivre à 2 ans (p=0,027) [414]. Dans notre étude, les indicateurs améliorés étaient les suivants à la sortie : **EVA Douleur** (p<0,0001), **EVA Fonction** (p>0,0001), **EVA Sommeil** (p<0,0001), **périmètre de marche** (p>0,0001) ; à 1 an : **EVA Goût de vivre** (p=0,036), **adaptations quantitative et qualitative** (p>0,0001) ; à 2 ans : **EVA Douleur** (p=0,012), **EVA Activité** (p=0,049), **EVA Travail** (p=0,049). La différence constatée entre 2011 et 2020 semble due au gain de puissance (n=74 > 29). Nous consolidons les preuves de l'efficacité algo-fonctionnelle de la filière.

#### - Mise en évidence de l'efficacité de l'éducation thérapeutique au CETD de Nantes dans la FM :

La grande efficacité de l'éducation thérapeutique au CETD avait déjà été fortement suggérée [417, 418]. Nous montrons ici que l'ETP Globale est significativement améliorée (p=0,016), ainsi que l'item 5 « *J'ai trouvé des solutions autres que les médicaments pour gérer les pics* » (p=0,036) et l'item 10 « *J'ai conscience de l'importance des médicaments* ». Une tendance statistique à l'efficacité existe également pour les items 2, 3 et 6 (p=0,081 ; p=0,076 ; p=0,076). L'efficacité pourrait donc être encore plus remarquable que celle constatée ici, ce qui nécessiterait des études additionnelles avec des supports harmonisés (nous n'avons pas exploité les échelles sur 10 et diagramme en étoile, par défaut d'effectif).

#### - Focus sur l'amélioration des indicateurs pharmacologiques :

Nous découvrons une baisse de la consommation médicamenteuse post-filière dans la FM : **anti-inflammatoires** (p=0,019), **anxiolytiques** (p=0,021), **paracétamol** (p=0,024), **opioïdes forts** (p=0,038) et **MQS-I** (p=0,049), avec baisse des **traitements dépendogènes** (p=0,002) et **benzodiazépines** (p=0,017) après la pré-admission. Ce qui retrouve la réduction du MQS-I observé à 3 mois, tous patients confondus au CETD (p<0,001) [408], avec une baisse de 26,2 à 13,1. Dans notre étude, le MQS-I décroît de 15,1 en pré-admission, à 11,6 à l'entrée, puis à 9,4 à 1 an, avec un léger épuisement de l'effet à 2 ans : remontée à 10,0 sans perte significative du bénéfice (p=0,002). Cet épuisement de l'effet est déjà bien connu [2]. Le **taux d'usage d'opioïdes forts** qui était de 11% à la pré-admission, a ici chuté spectaculairement à 2% à 1 an, alors que la consommation moyenne dans la FM en France en 2018 (n=4516) est assez élevée à 15% ; pareillement, le **taux d'anxiolytiques** est tombé de 38 à 15%, Vs 52% dans la FM en France [271].

#### 4) Apports du questionnaire

**Les RPS** : un point capital est que la possibilité d'agir sur le travail facilite le maintien dans l'emploi [247, 405]. Or, 20% des répondants déclaraient manquer de marges de manœuvres. Nous confirmons ici qu'il s'agit d'un potentiel facteur de non reprise ( $p=0,021$ ). Nous montrons aussi que l'entrave au développement des compétences et un vécu d'exigences excessives au travail sont des facteurs de non reprise ( $p=0,029$  ;  $p=0,019$ ). Le manque de reconnaissance est également décrit comme un facteur prédictif de non reprise [272, 401], ce que nous retrouvons avec une tendance à la non reprise ( $p=0,068$ ). Le stress professionnel majorerait les symptômes de FM (OR 3,3) [256] et serait un facteur de non reprise [401] et de non maintien [265, 272]. Il était fréquent chez les répondants (57%), mais sans effet prédictif de RTW ( $p=0,335$ ). De même, un faible soutien professionnel tendrait à majorer les symptômes (OR 2,8) [256] : il était coutumier chez les répondants (41%), mais sans effet prédictif significatif ( $p=0,167$ ).

**Les TMS** sont à risque de non RTW **x9,6** [249]. Ceci est d'autant plus frappant que la proportion des TMS dans la population étudiée se chiffrait à 41% (risque de biais de confusion). Le travail répétitif a été décrit comme facteur de non reprise [272]. Il s'élevait ici à 39% (mais sans effet prédictif,  $p=0,607$ ). L'étude française précitée montrait l'absence d'effet prédictif sur le RTW du port de charges lourdes, expositions thermiques et outils vibrants [272], ce que nous retrouvons ( $p=0,621$  ;  $p=1$  ;  $p=0,641$ ). Nous montrons que le travail physique dur est répandu (59%), avec une tendance à la non reprise ( $p=0,066$ ).

**La préparation de la reprise** a eu lieu par visite de reprise (56%), visite d'embauche (20%), visite de préreprise (34%) et visite occasionnelle (18%). Ces proportions contrastent avec la répartition habituelle des visites médicales avec le MdT : visite de reprise (15%), visite d'embauche (35%), visite de préreprise (3%) dont 61% à la demande du salarié et visite occasionnelle (8%) dont 40% à la demande du salarié [397]. Pour la première fois à notre connaissance, nous montrons que la visite de préreprise semble un facteur positif de RTW dans la FM ( $p=0,050$ ), ainsi que la visite occasionnelle ( $p=0,040$ ). Alors que la simple visite de reprise, c'est-à-dire sans préparation initiale, n'a pas d'effet favorable sur la reprise ( $p=0,134$ ). L'adaptation du poste s'était effectuée ici par restriction médicale (46%), TPT (temps partiel thérapeutique) et aménagement matériel du poste (34,4%). A l'échelon national pour tous les salariés, les proportions sont bien moindres à la reprise : restriction (13%), TPT et aménagement (9%) [397]. Nous montrons ici que toutes ces mesures du MdT sont prédictives de la reprise ( $p=0,003$  ;  $p=0,011$  ;  $p=0,050$ ).

**La pratique sportive semble prédire la reprise** : pas d'effet selon les dossiers ( $p=0,165$ ), mais effet prédictif du sport à plusieurs sur la reprise selon les répondants ( $p=0,008$ ) ; alors que la kinésithérapie n'avait ici pas d'effet prédictif ( $p=0,668$ ), contrairement à une étude du RTW chez les lombalgiques qui a décelé une tendance prédictive pour la kinésithérapie ( $p=0,062$ ) [403]. Au-delà de l'activité physique, c'est l'activité sociale qui apparaît ici la plus prédictive de reprise ( $p=0,001$ ), comme déjà montré [397].

**Nous objectivons également un effet prédictif positif** de l'assistant social et de l'ergonome du SST ( $p=0,038$ ). Il existe une tendance similaire pour l'IPRP et le psychologue du travail, non établie ici probablement par manque de puissance statistique. En revanche, nous avons montré clairement que la rencontre avec le conseiller des ressources humaines paraît prédictive de la reprise ( $p=0,033$ ). Semblablement avec l'aide de l'employeur qui semble faciliter la reprise ( $p=0,042$ ), alors qu'à l'inverse, un manque de compréhension de l'employeur a déjà été identifié comme facteur de non reprise [397].

**La complexité des démarches** a été perçue comme telle par 67% des répondants. La complexité du système de santé, de l'accompagnement au RTW et de l'attribution des prestations sociales a déjà été largement pointée par les patients [388], tous comme par les médecins : « *cloisonnement des acteurs* » [389]. Ici, nous montrons que cette complexité est un facteur de non reprise ( $p=0,046$ ). Cette complexité semble associée à la peur de retourner au travail [390], mêlée d'une crainte de désinsertion [226, 268].

L'ensemble de cette thèse est le pur reflet de cette complexité, comme en témoigne le foisonnement buissonnant de la cartographie des acteurs de MEE, malgré une tentative de rationalisation par pôles. En effet, dès la présentation du contexte, nous avons énuméré une série de structures, régulièrement rebaptisées et fusionnées, pour aller vers des mutualisations, voire un guichet unique pour l'utilisateur. Ainsi, un lexique non exhaustif de l'AGEFIPH comporte près de 350 abréviations d'acteurs et outils de MEE. Il s'ensuit qu'il est difficilement concevable de toutes les maîtriser, même pour un spécialiste [419].

**Les principaux organismes sont bien connus et mobilisés par les répondants** : SST (59%), MDPH (39%), Cap Emploi (26%), Pôle Emploi (21%), AGEFIPH (15%), Conseil régional (10%), CPPE (10%), SAMETH (5%), CRP (5%). Parmi ces structures, seuls les SST semblaient être prédictifs de reprise ( $p=0,014$ ), de même que la CPPE ( $p=0,036$ ) d'après les dossiers (biais de mémoire dans les questionnaires,  $p=0,395$ ). Parmi la kyrielle d'outils et dispositifs existants, les principaux non déjà cités étaient la RQTH (69%), l'ALD (65%), la CMI (37%), le bilan de compétence (31%), l'ARE (31%), la prime d'activité (15%), l'ASS (12%), l'AREF (8%), les formations de l'AGEFIPH (6%), le RSA (5%), l'AAH (5%), la PCH (5%), ainsi que la VAE (5%).

**Certains outils fort utiles n'avaient jamais été proposés** : CRPE, MOAII, CPDP, PSOP, EPAAST, essai encadré. Idem pour certaines aides : RFF, RFPE, ARCE, ASP, AIF, AFPR, POE... Tout ceci laissant à penser qu'il pourrait exister une méconnaissance ou une sous-utilisation des outils. En effet, nous constatons que les facteurs prédictifs de reprise sont regroupés dans la sphère de la Santé au travail, alors qu'ils sont sous-représentés dans le pôle Accompagnement du handicap (Cf. Cartographie, p 120). Ceci est d'autant plus fâcheux que le taux de RQTH était important : 34% à l'admission, 69% à 2 ans. Ce résultat est conforme à ceux de l'étude de 2011 : 25% à l'admission, 42% à 2 ans (les taux plus élevés dans notre étude sont probablement liés aux moindres données manquantes) [398]. Dans l'étude du RTW post-filière pour la lombalgie, les taux étaient de 37% et 46%, mais  $n=13$  sans données manquantes [414].

**Rétrospective et perspective d'avenir** : les répondants étaient satisfaits de la filière CETD/CRF (92%), avec toutefois un bémol pour la satisfaction sur l'axe socioprofessionnel (61% de satisfaction). Afin de pallier cette insatisfaction résultant de la complexité du MEE et du RTW, la majorité des répondants ont déclaré qu'il conviendrait de mettre en place des ateliers abordant les démarches professionnelles au CETD/CRF (92%), avec interventions du MdT (100%) ou de conseillers de Pôle / Cap Emploi (100%). Ces derniers étant jugés insuffisamment disponibles (98%), avec un manque d'accessibilité des formations (98%), alors que les formations sont un facteur prédictif de reprise chez les douloureux chroniques [402].

## **5) Facteurs prédictifs de RTW** (Cf. Rapports des cotes et intervalle de confiance, p. 100-102)

**Les tendances de prédictivité** que nous venons de présenter ont été vérifiées par régression logistique. Des paramètres ont dû être écartés, car l'intervalle de confiance de l'odds ratio comprenait la valeur 1 : FIQ, HAD Dépression, entrave au développement de compétence et aide des collègues. Pourtant, le FIQ est un prédicteur bien connu de non reprise [244], comme la dépression dans la douleur chronique [393].

**Liste des facteurs prédictifs de reprise significatifs, confirmant ici d'autres études** : adaptation qualitative (aménagement matériel, restriction médicale, adaptation du poste via la RQTH) [404], adaptation quantitative du poste (temps partiel thérapeutique), activité socialisante [397].

**Liste des facteurs prédictifs de reprise significatifs, non retrouvés dans la littérature sur la FM** : périmètre de marche (à l'admission et à la sortie), réinterprétation des sensations douloureuses, acceptation du traitement au long cours, visite occasionnelle, effectif > 50 salariés, intervention du médecin du travail, sport à plusieurs, RQTH à 2 ans, CPPE, échanges soignants-patients satisfaisants, aide par soi-même, bilan de compétence, aide par le conseiller RH, aide par l'employeur, visite de préreprise, entretiens centrés sur le travail, aide par le CETD/CRF sur le plan professionnel, aide par Pôle / Cap Emploi, aide par l'algologue/rhumatologue/rééducateur, aide par le SST. Notons que l'effet prédictif du

rhumatologue et de l'algologue sur la reprise est crucial : 54% des FM sont suivies par rhumatologue et 10% par l'algologue, à l'inverse, nous ne trouvons pas d'effet prédictif du généraliste (85% de suivi) [270].

**Facteurs prédictifs de non reprise significatifs** (ceux non décrits dans la littérature sont soulignés) : lombalgies, comorbidités gynécologiques, antécédents familiaux, EVA Douleur (à 1 an), EVA Douleur (à la sortie), nombre d'antécédents, délai diagnostic tardif de FM, EVA Globale (à l'admission), EVA Sommeil (à l'admission), conviction que le travail a aggravé la douleur, EVA Marche (à 1 an), forte crainte de ne pouvoir reprendre un jour, EVA Fonction (à la sortie), EVA Goût de vivre (à 1an), FABQ Physique, DDS, psychotraumatisme, troubles anxieux et dépressifs, comorbidité psychique, HAD Dépression (à 1 an), HAD Anxiété (à l'admission), addictions, invalidité catégorie 2 (à 2 ans), « *On m'en demande trop* ».

## 6) Données médico-économiques

**L'étude de faisabilité** a montré que les données du SNDS, en particulier les données interrégimes du PMSI n'étaient pas exploitables, en raison d'un sous-codage diagnostique de la FM. Cet état de fait n'est pas propre aux Pays de la Loire et est bien connu de tous [2, 82]. Ceci s'explique par une série de raisons : pas d'AMM en France pour la FM, pas de signe paraclinique pathognomonique de la FM, manque d'harmonisation du codage de la FM, aussi bien en ambulatoire que dans les centres de référence.

**Toutefois, des études ont été possibles en France** : coût total corrélé à la sévérité de 5473 à 10 087€/an (arrêt moyen de 6 à 90 jours/an) [385], coût direct de 481 € à 949 €/an (sans hospitalisation) [384, 386].

## 7) Données qualitatives

Les données qualitatives permettent d'accéder aux représentations sociales, au système de croyances et points de vue des patients, via des entretiens semi-directifs avec grille de questions immuables, mais offrant un champ de messages-clés instructifs et pertinents, exprimés spontanément par les répondants.

**L'analyse lexicale des occurrences** indiquait que le thème original dominant était la problématique de la « Reconnaissance » (0,3%). Les études montrent qu'un manque de reconnaissance est prédictif d'arrêt de travail [272]. De même que la faible reconnaissance de la FM par le MdT serait un facteur de non reprise [401]. Le second thème principal était « l'Ecoute » et la « Compréhension » (0,2%). Là encore, il s'agit de facteurs prédictifs de RTW : la perception négative des employeurs est un facteur de non reprise dans la douleur chronique [388] ainsi que le manque de compréhension de l'employeur dans la FM [397].

**Le regroupement thématique multiaxial** a visualisé que l'axe socioprofessionnel est prégnant (54%). Citons certains points positifs : importance des formations/démarches personnelles/vie associative, appui des comptes-rendus dans le MEE, place pivot du MdT, rôle des acteurs du MEE, étayage par la sphère amicale et la dynamique de groupe. Une étude montre que le soutien de l'entourage est prédictif de reprise [397]. Les points négatifs étaient les suivants : refus inopiné du bilan de compétences, réorientations répétées entre organismes, manque de concertation, défaut de reclassement, invalidité et disponibilité d'office imposées sans soutien psychologique, cloisonnement et dispersion des acteurs, aménagements ergonomiques non suivis. Tous ces problèmes ont déjà été bien relatés [389, 392].

**Les propositions d'amélioration** : au plan médical, la période d'errance diagnostique et les délais sont à réduire, le rythme des consultations serait à majorer, avec un suivi sur le long terme. Au plan fonctionnel, les programmes de réentraînement à l'effort devraient être personnalisés. Au plan psychocorporel, l'écoute active des patients et les médiations d'art-thérapie devraient être renforcées. Au plan socioprofessionnel, un partage d'expérience professionnelle serait utile en groupe de parole, avec ateliers consacrés aux démarches professionnelles. Ces propositions rejoignent les recommandations EULAR (2017) [178] : diagnostic rapide, prise en charge graduelle, respect des préférences des patients.

## 2. Limites et portée de l'étude

**1) Des données fiables mais à interpréter**, au regard de la clinique et des études complémentaires

**Le principal écueil apparent concerne le nombre de variables étudiées** (347) au vu de l'effectif (n=74). La multiplication des variables testées peut générer aléatoirement des résultats faussement significatifs (au risque alpha de 5%). Ce choix a été effectué, car il est légitime dans le cadre d'une étude exploratoire, face à la rareté des études dans notre champ de recherche : RTW post-CETD/CRF dans la FM. Nous considérons qu'il aurait été dommage de se borner à copier-coller le design de l'étude antérieure centrée sur 40 variables, n'aboutissant qu'à seulement 3 facteurs prédictifs de retour au travail [398]. La fiabilité de nos résultats a été garantie par la régression logistique sur uniquement 50 variables, choisies selon leurs potentiels de prédictivité et leurs pertinences cliniques, au regard de la littérature. Le modèle multivarié n'a pas dépassé 4 variables, ce qui est conforme aux bonnes pratiques statistiques.

**Un autre possible point d'achoppement implique les données manquantes**, dont les principales étaient les suivantes : n=2 (EVA Fatigue à 2 ans), n=3 (EVA Fatigue à 1 an), n=5 (Soulagement à 1 an), n=7 (EVA Travail à 1 et 2 ans, EVA Marche / EVA Relation / EVA Goût de vivre à 2 ans). Ainsi, pour les facteurs prédictifs issus des dossiers, nous avons vérifié le nombre de données manquantes. En prenant comme seuil la moitié de l'effectif (n=37), les données manquantes concernaient seulement 3 facteurs prédictifs: n=8 (ETP), n=11 (EVA Globale à l'entrée), n=13 (Stratégies de coping). Ce qui invite à une certaine mesure quant à leur interprétation. En revanche, il n'existait aucune donnée manquante pour les questionnaires (validation si remplissage = 100%), avec un effectif de répondants satisfaisant (n=61).

**L'interprétation des odds ratio présente une certaine difficulté**. Nous avons identifié une cinquantaine de facteurs prédictifs de RTW qui sont mathématiquement significatifs ( $p < 0,050$ ), mais dont l'analyse graphique révèle que l'OR frôle la valeur 1 (incertitude sur la significativité) avec un large intervalle de confiance (risque d'imprécision). Là encore, les données doivent être interprétées avec prudence. Voici les données les plus solides : comorbidité psychique (OR 0,5 ; IC 0,3-0,8), EVA Globale à l'entrée (OR 0,4 ; IC 0,3-0,7), troubles dépressifs (OR 0,3 ; IC 0,2-0,8), EVA Capacité à marcher à 1 an (OR 0,6 ; IC 0,5-0,9).

**L'étude comporte un certain nombre de biais potentiels** : biais de sélection (exclusion des SPID, alors que certains s'apparentaient à des FM primaires, mais nous avons préféré homogénéiser les données, avec un diagnostic posé par l'algologue, dans le respect des critères ACR) ; biais d'évaluation (biais de mesure évaluant les données socioprofessionnelles : éventuel amalgame pour l'arrêt de travail, entre arrêt maladie avec versement d'IJ et arrêt d'activité avec droits au chômage ; biais de mémoire des répondants interrogés jusqu'à 12 ans après les événements ; cependant, les biais de mesure dans les dossiers et les biais de mémoire dans les questionnaires se compensent entre eux ; nous avons consolidé des données en les agrégeant) ; biais de confusion (ces biais ont été évités via la modélisation par régression logistique multivariée, avec ajustement des variables). Les biais ont donc été maîtrisés.

**Les modalités des études additionnelles ont été inattendues**. L'étude médico-économique était tributaire de données accessibles et requêtes indirectement par un tiers. Elle aurait été envisageable, en dépit du sous-codage, mais nécessiterait un plan expérimental dédié. De même, l'analyse des données qualitatives n'a été envisagée qu'après-coup, au vu des répondants ayant préféré répondre par téléphone plutôt que sur le questionnaire électronique bâti à cet effet. Les verbatims d'intérêt n'ont pas été enregistrés par dictaphone, mais ont été retranscrits manuellement in extenso. Aussi, la structure du discours n'a pas été détaillée, mais les messages-clés ont été intégralement pris en compte.

**Il s'agit d'une étude rétrospective de faible puissance**, complétée d'une étude observationnelle des facteurs prédictifs du RTW. Les éléments que nous avons mis en évidence gagneraient à être confortés, par des essais contrôlés randomisés comparatifs multicentriques, pour un niveau de preuve maximal.

## 2) Des résultats novateurs et encourageants, porteurs d'espoir et de perspectives d'avenir

**L'importance du retour au travail et du maintien en activité sont les résultats majeurs de cette étude.**

Le retour au travail est majoritaire (54%), malgré la FM sévère avec arrêt prolongé (14 mois). La pérennité à 2 ans est de 89% : maintien dans l'emploi (40%), reclassement (21%), reconversion (30%).

**L'efficacité de la filière CETD/CRF semble démontrée à quasi tous les niveaux :** amélioration des paramètres algologiques (EVA Douleur à la sortie, EVA Douleur à 2 ans), fonctionnels (périmètre de marche à la sortie), pharmacologiques (abaissement du MQS, réduction des AINS, anxiolytiques, paracétamol, opioïdes forts, décroissance des traitements dépendogènes et benzodiazépines), éducatifs (ETP Global, ETP 5 et 10), qualitatifs (EVA Sommeil et EVA Fonction à la sortie, EVA Goût de vivre à 1 an, EVA Activité et EVA Travail à 2 ans), socioprofessionnels (adaptation quantitatives et qualitatives à 1 an).

**Nous objectivons des facteurs prédictifs de reprise :** facteurs confirmés (aménagement matériel, restriction, temps partiel thérapeutique) ; facteurs précédemment peu décrits (périmètre de marche, réinterprétation des sensations, acceptation du traitement, visites occasionnelles et de préreprises, effectif > 50 salariés, intervention du médecin du travail, sport à plusieurs, RQTH à 2 ans, CPPE, échanges soignants-patients, aide par soi-même, bilan de compétence, aide par le conseiller RH et l'employeur, entretien centré sur le travail, aide par le CETD/CRF au plan professionnel, aide par Pôle / Cap Emploi, aide par l'algologue/rhumatologue/rééducateur et aide des Service de santé au travail).

**Nous identifions des facteurs de non reprise :** facteurs confirmés (lombalgie, antécédents familiaux, EVA Douleur/Fonction à la sortie, nombre d'antécédents, EVA Globale/Sommeil à l'admission, EVA Douleur/Marche/Goût de vivre à 1 an, FABQ Physique, DDS, troubles anxieux et dépressif, comorbidité psychique, HAD Dépression à 1 an, HAD Anxiété à l'admission, addiction, invalidité catégorie 2 (à 2 ans), exigences excessives) ; facteurs mis en évidence (comorbidité gynécologique, délai diagnostique, psycho-traumatisme, conviction que le travail a aggravé la douleur, crainte de ne pouvoir reprendre un jour).

**Nous soulignons certains éléments particulièrement notables :** le niveau d'éducation et le secteur d'activité n'auraient pas d'incidence patente sur le RTW ; l'intervention du médecin du travail suscite de l'insatisfaction alors qu'elle est efficace ; malgré un vécu de non reconnaissance, le statut des patients semble bien reconnu à 2 ans post-admission (diagnostic 100%, RQTH 69%, ALD 65% et invalidité 60%).

**Des emplois exercés malgré les facteurs de RPS/TMS :** conditions de travail dégradées (stress 57%, exigences excessives 46%, absence de reconnaissance 46%, organisation dysfonctionnelle 46%, absence de soutien 41%, conflit avec la hiérarchie 34%, ambiance médiocre 33%, obstacle au développement des compétences 31%, qualité empêchée 31%, pas de récompense 26%, manque d'autonomie 25%, faibles marges de manœuvre 20%, tensions avec les collègues 18%) ; pénibilité (postures contraignantes 77%, poste inadapté 66%, travail physique dur 59%, port de charges lourdes 59%, travail répétitif 39%, risque chimique 33%, horaires alternés 29%, exposition thermique 16%, travail de nuit 15%).

**Les verbatims relatent des préoccupations, mais aussi des satisfactions :** problématiques perçues (manque de reconnaissance, besoin d'écoute/compréhension) ; points positifs (appui du compte-rendu, place pivot du médecin du travail dans le maintien en emploi, importance des formations et initiatives personnelles) ; points négatifs (frein à la reconversion : bilan de compétence refusé, réorientations, manque de concertation, défaut de soutien lors des mises en invalidité) ; propositions d'amélioration (suivi médical rapproché prolongé, personnalisation des programmes de rééducation, partage d'expériences, ateliers dédiés aux démarches, avec médecin du travail ou conseiller Pôle / Cap Emploi).

**La cartographie fréquentielle montre des failles et des forces :** dispersion et passerelles, des outils semblent sous-utilisés (CRPE, MOAII, PSOP), tout comme certaines aides (RFF, ARCE, POE). Toutefois les principaux organismes sont largement mobilisés (SST, MDPH, Pôle/Cap Emploi, AGEFIPH, CPPE).

## V – Conclusion

**Le retour au travail** est un enjeu majeur qui reflète l'efficacité de la prise en charge des fibromyalgiques. Il est prédit par un cortège de paramètres s'égrenant au travers des axes médicaux, fonctionnels, psychocorporels et socioprofessionnels, reposant sur des acteurs dont la structure a été cartographiée.

**L'efficacité semble avoir été confirmée** : au-delà les indicateurs significatifs (algologiques, fonctionnels, pharmacologiques, éducatifs, qualitatifs et socioprofessionnels), les répondants ont exprimé un niveau de satisfaction de 92%, concernant la prise en charge médicale et fonctionnelle, via la filière CETD/CRF.

**L'originalité décisive de ce travail a été la mise en évidence de facteurs prédictifs de reprise** : l'aide de l'algologue ainsi que celle du rhumatologue et du rééducateur, la satisfaction des échanges avec les soignants, le périmètre de marche à la sortie, l'acceptation du traitement post-éducation thérapeutique.

Le rôle déterminant des interventions du médecin du travail a été objectivé : aménagement du poste, temps partiel thérapeutique, visite de préreprise, orientation vers le CPPE, conseil d'effectuer un bilan de compétences, demande de RQTH, articulation avec Pôle / Cap Emploi. Transcendant ces mesures, le rôle de l'employeur et du conseiller en ressources humaines est crucial, ainsi que les initiatives du salarié.

**La cartographie fréquentielle des acteurs du retour au travail (RTW)** embrassait 6 pôles d'intervention : établissements et professionnels de la Trajectoire de soins, champ de la Santé au travail, organismes et outils du Régime assuranciel, de la Réinsertion professionnelle et de l'Accompagnement du handicap, investis vers le retour en activité professionnelle, au sein du Monde de l'entreprise. Les acteurs étaient mobilisés (Services de santé au travail...), mais certains outils ont été peu actionnés (Essai encadré...).

**Nous allons mettre en lumière des perspectives pragmatiques, afin d'étayer nos pratiques futures**, en reprenant l'articulation en 3 points explicitée ci-dessus et qui se décline ainsi :

- Importance de poursuivre l'amélioration de l'efficacité de la filière de soins CETD/CRF :  
Sur la base des échelles LIKERT d'évaluation de la prise en charge et de la synthèse des verbatims, nous retenons qu'il convient de poursuivre la rédaction de comptes-rendus hospitaliers appuyant la démarche de RTW, le suivi médical devrait être précoce, rapproché et prolongé, la prévention de la pharmacodépendance est à maintenir, le protocole de soins et le programme de rééducation devraient être personnalisés (modulés selon les capacités restantes et les préférences), en travaillant la demande sans surstimulation pour éviter toute mise en échec, il faudrait renforcer les temps d'échanges soignants-patients et les médiations thérapeutiques, avec développement d'ateliers par un médecin du travail et/ou un conseiller de Cap Emploi, puis partage d'expériences avec patients-experts ou employeurs et remise de supports récapitulatifs.
- Bénéfice remarquable à mobiliser collectivement les outils du RTW qui sont fort nombreux :  
Evoquer systématiquement le vif intérêt des visites de préreprises et occasionnelles, expliquer la possibilité de solliciter un aménagement du poste et/ou un temps partiel, initier et encourager les échanges avec le conseiller en Ressources humaines, le référent handicap et l'employeur, présenter les principaux acteurs (SST, CARSAT, Pôle / Cap Emploi, MDPH, AGEFIPH, CPPE, CRP).
- Utilité certaine de participer au perfectionnement de l'organisation des dispositifs du RTW :  
Promouvoir des passerelles entre les structures (CPDP, travail en réseau), informer les patients des outils existants, graduellement, au travers d'ateliers et/ou de séances groupales d'éducation thérapeutique sur le RTW, sur la base du volontariat, avec progressivité des connaissances, facilitation des rencontres avec des organismes tiers (Cap Emploi, CPPE, CRP), co-construction en équipe d'un livret du participant à remettre au patient après un bilan éducatif sur le RTW.

**Au total**, cette thèse aura établi l'efficacité, découvert des facteurs de RTW et ouvert des perspectives. En effet, le programme du CETD/CRF semble transposable et reproductible à plus grande échelle, pour accompagner les patients vers un retour au travail épanoui, pour une qualité de vie riche et pleine.

## Fibromyalgie : du tableau clinique à l'accompagnement du retour au travail

En épilogue : Symbolique picturale d'un cheminement réflexif vers le travail



**Salvador DALI (1970)**

« Vénus aux tiroirs »

*« On notera que Dali a effacé les traits de son visage, plongeant ainsi son personnage dans un anonymat tout à la fois tragique et douloureux... Pourtant cette œuvre de DALI ne se contente pas d'inviter à prospecter l'Inconscient, elle explore aussi les mystères de la féminité ».*

Sophie LIOULIAS

Une réflexion sur la vénus aux tiroirs et autres corps-tiroirs chez Dali.

Trajets littéraires. 2017 Jan.

**René MAGRITTE (1941)**

« Le Thérapeute »

*« Magritte par sa peinture nous surprend, en cela il fut aussi un explorateur de l'inconscient. Comment ne pas penser que cette représentation du thérapeute sans visage serait cet homme qui gît en nous et qu'il suffit d'écouter, de libérer... »*



*... Le thérapeute est un libérateur ».*

Sophie COHEN

Magritte, le thérapeute.  
Hypnose et thérapies brèves.  
26;2012 Oct.

**Laura KNIGHT (1943)**

« Roby Loftus »

« Vissage d'un manchon de culasse »

*« Ouvrière exceptionnelle qui avait maîtrisé des techniques mécaniques complexes... Elle met l'accent sur l'équilibre du corps et la posture de son sujet au travail ».*

L'art, témoin des conflits.

Musée canadien de la guerre. 2005.



## VI – Bibliographie

- [1] Laroche F, Perrot S. La Fibromyalgie – Les syndromes dysfonctionnels. In: Douleur Soins palliatifs et accompagnement. Livre officiel du collège. Sous la direction de PERROT S. SFETD, SFAP, SFAR. 2<sup>ème</sup> édition actualisée. France: MED-LINE Editions; 2016. p. 241-247.
- [2] Carvalho P. Assemblée nationale. Rapport de la commission d'enquête sur la fibromyalgie. Sous la Présidence de BULTEAU S. Paris. 2016 oct 12. 198 p. Report No.: 4110.
- [3] Inanici F, Yunus MB. History of Fibromyalgia: Past to Present. *Curr Pain Headache Rep*. 2004 Oct;8(5):369-78.
- [4] Valleix FLI. Guide du praticien ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées. Volume 2. France: Edition Janssens-Deffossé; 1846. 1212 p.
- [5] Gowers WR. A Lecture on Lumbago: Its Lessons and Analogues. *Br Med J*. 1904 Jan 16;1(2246):117-121.
- [6] Murray GR. Myofibrositis. *The Lancet*. 1929 Feb 9;2013(5502):307.
- [7] Boland EW, CORR WP. Psychogenic rheumatism. *JAMA*. 1943;123(13):805-809.
- [8] Hench PK. Nonarticular rheumatism, Twenty-second rheumatism review. Review of the American and English literature for the years 1973 and 1974. *Arthritis Rheum*. 1976;19(suppl):1081-1089.
- [9] Galvez Sanchez CM. Historical Background on the Study of Fibromyalgia Syndrome. Topic review. Scholarly Community Encyclopedia [Internet]. 2020 [cité 5 août 2020]. Disponible sur: [https://encyclopedia.pub/revision/10417/v4#ref\\_48](https://encyclopedia.pub/revision/10417/v4#ref_48)
- [10] Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, et al. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum*. 1981;11:151-171.
- [11] Kahn MF. Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus Fibrosite. Fibromyalgie primitive. *Doul. Et Analg*. 1988;1:159.
- [12] Amor B, Rozenberg S. *Annales de médecine interne (Paris)*. 1989;140(4):279-284.
- [13] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33(2):160-172.
- [14] Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999;354(9182):936-939.
- [15] Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum*. 2008;37(6):339-352.
- [16] Jacobsen S, Danneskiold-Samsoe B, Lund B. Consensus document on fibromyalgia: The Copenhagen declaration. *J Musculoskeletal Pain*. 1993;1(3/4):295-312.
- [17] CIM-10 / ICD-10 : Description clinique et directives pour le diagnostic. Organisation mondiale de la santé. Paris, France: Edition Masson; 1992. 328 p.
- [18] ANF (Académie nationale de médecine). La fibromyalgie. Paris. 2007 Jan 16. 228 p. Report No.:191(1).
- [19] HAS (Haute autorité de santé). Recommandations professionnelles. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. 2008 Dec. 27 p. Report No.: 1.
- [20] Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2008;67(4):536-541.
- [21] HAS (Haute Autorité de Santé). Rapport d'orientation. Syndrome fibromyalgique de l'adulte. 2010 Jul. 124 p. Report No.: 1.
- [22] Pubmed. Fibromyalgia. Sorted by Publication date [Internet]. 2020 [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=fibromyalgia&sort=pubdate&timeline=expanded>
- [23] Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, et al. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PLoS One*. 2018;13(9):e0203755.
- [24] Wolfe F, Brähler E, Hinz A, Häuser W. Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(5):777-785.
- [25] Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, Caubère JP, et al. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Joint Bone Spine*. 2009;76(2):184-7.
- [26] Perrot S, Vicaut E, Servant D, Ravaut P. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: The DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:224.
- [27] Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38:19-28.
- [28] Walitt B, Nahin RL, Katz RS, Bergman MJ, et al. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One*. 2015;10(9):e0138024.
- [29] Marques AP, Santo ASDE, Berssaneti AA, Matsutani LA, et al. Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Rev Bras Reumatol Engl Ed*. 2017;57(4):356-363.
- [30] Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017;37(9):1527-1539.
- [31] Forseth KO, Gran JT, Husby G. A population study of the incidence of fibromyalgia among women aged 26-55 yr. *Br J Rheumatol*. 1997;36(12):1318-1323.

- [32] Weir PT, Harlan GA, Nkoy FL, et al. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. *J Clin Rheumatol*. 2006;12(3):124-128.
- [33] Kivimäki M, Leino-Arjas P, Virtanen M, et al. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. *J Psychosom Res*. 2004;57(5):417-422.
- [34] Creed F. A review of the incidence and risk factors for fibromyalgia and chronic widespread pain in population-based studies. *Pain*. 2020;161(6):1169-1176.
- [35] Freud S. Etudes sur l'hystérie (1895). 15<sup>ème</sup> édition. Paris, France: PUF; 2002. 272 p.
- [36] DSM-5. 5<sup>ème</sup> édition. France: Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
- [37] Malin K, Littlejohn GO. Personality and fibromyalgia syndrome. *Open Rheumatol J*. 2012;6:273-285.
- [38] Gillot F, Abad S. Traumatisme et affects dépressifs dans la douleur chronique. *Psychologie clinique*. 2019;48:86-95
- [39] Beard GM. Neurasthenie or nervous exhaustion. *Boston Med Surg J*. 1869;79:217-221.
- [40] Lorin F. Fibromyalgie: le point de vue du psychiatre. CETD, CHU de Montpellier [Internet]. 2009. [cité 5 août 2020]. Disponible sur: <https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/83-fibromyalgie-le-point-de-vue-du-psychiatre-dr-fabrice-lorin.html>
- [41] Marty P, M'Uzan. La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*. 1963;27:345-356.
- [42] Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 1973;22(2):255-262.
- [43] Bergeret J. Psychologie pathologique, théorique et clinique. 9<sup>ème</sup> édition. Paris, France: Edition Masson; 2004. 384 p.
- [44] Di Tella M, Castelli L. Alexithymia and fibromyalgia: clinical evidence. *Front Psychol*. 2013;4:909. Published 2013 Dec 2.
- [45] Morie KP, Yip SW, Nich C, Hunkele K, et al. Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Curr Addict Rep*. 2016;3(2):239-248.
- [46] Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Co Inc. New York. 1984. 456 p.
- [47] Paulhan I. Le concept de coping. *L'année psychologique*. 1992;92(4):545-557.
- [48] Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17(1):33-44.
- [49] Irachabal S, Koleck M, Rasclé N, Bruchon-Schweiter. Stratégies de coping des patients douloureux : adaptation française du coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encéphale*. 2008;34:47-53.
- [50] Bastrup S, Schultz R, Brødsgaard I, Moore R. et al. A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. *Scand J Psychol*. 2016;57(6):516-522.
- [51] Pellegrino MJ, Waylonis GW, Sommer A. Familial occurrence of primary fibromyalgia. *Arch Phys Med Rehabil*. 1989;70(1):61-63.
- [52] Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carmi R. Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthritis Rheum*. 1996;26(3):605-611.
- [53] Park DJ, Lee SS. New insights into the genetics of fibromyalgia. *Korean J Intern Med*. 2017;32(6):984-995.
- [54] Neeck G, Crofford LJ. Neuroendocrine perturbations in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*. 2000;26(4):989-1002.
- [55] Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6(3):249.
- [56] Harte SE, Harris RE, Clauw DJ. The neurobiology of central sensitization. *J Appl Behav Res*. 2018;23:12137.
- [57] Perrot S. Les bases neurophysiologiques de la douleur. In: Douleur Soins palliatifs et accompagnement. Livre officiel du collège. Sous la direction de PERROT S. SFETD, SFAP, SFAR. 2<sup>ème</sup> édition actualisée. France: MED-LINE Editions; 2016. p. 17-30.
- [58] Gouazé A. Neuroanatomie clinique. France: Expansion scientifique française, 4<sup>ème</sup> édition; 1994. 400 p.
- [59] Kwiatek R, Barnden L, Tedman R, Jarret, et al. Regional cerebral blood flow in fibromyalgia: single-photon-emission computed tomography evidence of reduction in the pontine tegmentum and thalami. *Arthritis Rheum*. 2000;43(12):2823-2833.
- [60] López-solà M, Woo CW, Pujol J, Deus J. Towards a neurophysiological signature for fibromyalgia. *Pain*. 2017 Jan;158(1):34-47.
- [61] Richard J, Hurley RA, Taber KH. Fibromyalgia: Centralised Pain Processing and Neuroimaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2019 Summer;31(3):182-187.
- [62] Jiao J, Vincent A, Cha SS, Luedtke CA, et al. Physical Trauma and Infection as Precipitating Factors in Patients with Fibromyalgia. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015;94(12):1075-1082.
- [63] Bennett RM, Jones J, Turk DC, Russell IJ, et al. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:27.
- [64] Markkula, R.A., Kalso, E.A. & Kaprio, J.A. Predictors of fibromyalgia: a population-based twin cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(29):1-11.
- [65] Mork PJ, Vasseljen O, Nilsen TI. Association between physical exercise, body mass index, and risk of fibromyalgia: longitudinal data from the Norwegian Nord-Trøndelag Health Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(5):611-617.
- [66] Kvalheim S, Sandven I, Hagen K, Zwart JA. Smoking as a risk factor for chronic musculoskeletal complaints is influenced by age. The HUNT study. *Pain*. 2013;154(7):1073-1079.

- [67] Andersson H, Ejlerstsson G, Leden I. Widespread musculoskeletal chronic pain associated with smoking. An epidemiological study in a general rural population. *Scand J Rehabil Med*. 1998;30(3):185-191.
- [68] Miró E, Martínez MP, Sánchez AI, Cáliz et al. Manifestations of Trauma Exposure in Fibromyalgia: The Role of Anxiety in the Association Between Posttraumatic Stress Symptoms and Fibromyalgia Status. *J Trauma Stress*. 2020;10.1002/jts.22550.
- [69] Häuser W, Galek A, Erbslöh-Möller B, Köllner V, et al. Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*. 2013;154(8):1216-1223.
- [70] Yavne Y, Amital D, Watad A, Tiosano S, Amital H. A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;48(1):121-133.
- [71] Haviland MG, Morton KR, Oda K, Fraser GE. Traumatic experiences, major life stressors, and self-reporting a physician-given fibromyalgia diagnosis. *Psychiatry Res*. 2010;177(3):335-341.
- [72] Chang MH, Hsu JW, Huang KL, et al. Bidirectional Association Between Depression and Fibromyalgia Syndrome: A Nationwide Longitudinal Study. *J Pain*. 2015;16(9):895-902.
- [73] Mork PJ, Nilsen TI. Sleep problems and risk of fibromyalgia: longitudinal data on an adult female population in Norway. *Arthritis Rheum*. 2012;64(1):281-4
- [74] Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17(1):52-64.
- [75] Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2009;9(5):745-758.
- [76] Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiphobia: predictors of chronic low back pain. *Am J Epidemiol*. 2002;156(11):1028-1034.
- [77] Edwards RR, Bingham CO 3rd, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*. 2006;55(2):325-332.
- [78] Henry F. Fibromyalgie, solitude et catastrophisme : le triangle infernal ? *Douleurs Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2015;16:321-322.
- [79] Lami MJ, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, et al. Catastrophizing, Acceptance, and Coping as Mediators Between Pain and Emotional Distress and Disability in Fibromyalgia. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(1):80-92.
- [80] Bazzichi L, Giacomelli C, Consensi A, et al. One year in review 2020: fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2020;38 Suppl 123(1):3-8.
- [81] Häuser W, Walitt B, Fitzcharles MA, Sommer C. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):201.
- [82] Breyne M. Actualités thérapeutiques pour la fibromyalgie. [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille. UFR de Pharmacie; 2017.
- [83] Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull Rheum Dis*. 1977;28(1):928-931.
- [84] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(5):600-610.
- [85] Wolfe F, Egloff N, Häuser W. Widespread Pain and Low Widespread Pain Index Scores among Fibromyalgia-positive Cases Assessed with the 2010/2011 Fibromyalgia Criteria. *J Rheumatol*. 2016;43(9):1743-1748.
- [86] Baron R, Perrot S, Guillemin I, Alegre C. et al. Improving the primary care physicians' decision making for fibromyalgia in clinical practice: development and validation of the Fibromyalgia Detection (FibroDetect®) screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:128.
- [87] Perrot S, Bouhassira D, Fermanian J. Cercle d'Etude de la Douleur en Rhumatologie. Development and validation of the Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST). *Pain*. 2010;150(2):250-256.
- [88] Le Gal M, Mainguy Y, Le Lay K, Nadjar A, Allain D, Galissié M. Linguistic validation of six patient-reported outcomes instruments into 12 languages for patients with fibromyalgia. *Joint Bone Spine*. 2010;77(2):165-170.
- [89] Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*. 1991;18(5):728-733.
- [90] Perrot S, Dumont D, Guillemin F, Pouchot J, et al. French Group for Quality of Life Research. Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol*. 2003;30(5):1054-1059.
- [91] Bennett RM, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Zlateva G, et al. Minimal clinically important difference in the fibromyalgia impact questionnaire. *J Rheumatol*. 2009;36(6):1304-1311.
- [92] Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, et al. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients [published correction appears in Rev Rhum Engl Ed 1998 May;65(5):363]. *Rev Rhum Engl Ed*. 1998;65(2):126-134.
- [93] Rivera J, Vallejo MA, Offenbächer M. Classifying fibromyalgia patients according to severity: the combined index of severity in fibromyalgia. *Rheumatol Int* 2014;34:1683-1689.
- [94] Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*. 1993;52(2):157-168.

- [95] Chaory K, Fayad F, Rannou F, et al. Validation of the French version of the fear avoidance belief questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29(8):908-913.
- [96] Palstam A, Larsson A, Löfgren M, et al. Decrease of fear avoidance beliefs following person-centered progressive resistance exercise contributes to reduced pain disability in women with fibromyalgia: secondary exploratory analyses from a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther*. 2016;18(1):116.
- [97] Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*. 1983;17(1):33-44.
- [98] Nicassio PM, Schoenfeld-Smith K, Radojevic V, Schuman C. Pain coping mechanisms in fibromyalgia: relationship to pain and functional outcomes. *J Rheumatol*. 1995;22(8):1552-1558.
- [99] Robinson ME, Riley JL 3rd, Myers CD, et al. The Coping Strategies Questionnaire: a large sample, item level factor analysis. *Clin J Pain*. 1997;13(1):43-49.
- [100] Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36.
- [101] Boureau F, Luu M, Doubrere JF, Gay C. Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le Mac Gill pain questionnaire de Melzack. *Thérapie*. 1984;39:119-129.
- [102] Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975;1(3):277-299.
- [103] Eisinger J. Evaluation clinique de la fibromyalgie [Clinical evaluation of fibromyalgia]. *Rev Med Interne*. 2003;24(4):237-242.
- [104] HAS (Haute Autorité de Santé). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandation de bonnes pratiques [Internet]. Mis en ligne le 15/01/1999 [cité 5 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire?jsp=plugins%2FModuleHAS%2Fcustom%2FcommandeDeDocumentation.jsp&portal=p\\_3058934](https://www.has-sante.fr/jcms/c_540915/fr/evaluation-et-suivi-de-la-douleur-chronique-chez-l-adulte-en-medecine-ambulatoire?jsp=plugins%2FModuleHAS%2Fcustom%2FcommandeDeDocumentation.jsp&portal=p_3058934)
- [105] HAS (Haute Autorité de Santé). Qualité de vie & Infarctus du myocarde. Programme Pilote – Impact clinique. Programme Pilote « Infarctus du myocarde » des 1ers signes à 1 an de suivi ambulatoire ». Paris. 2013 Jan. 32 p. Report No.: 1.
- [106] Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
- [107] Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med A*. 1981;15(3 Pt 1):221-229.
- [108] WHOQOL Group (World Health Organization Quality of Life Group). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Mental Health*. 1994;23:24-56.
- [109] Gusi N, Olivares PR, Adsuar JC, Paice A, et al. Quality of Life Measures in Fibromyalgia. In: Preedy VR, Watson RR. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Springer. New York. 2010. p. 3965-3977.
- [110] Zachrisson O, Regland B, Jahreskog M, Kron M, et al. A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome (the FibroFatigue scale). *J Psychosom Res*. 2002;52(6):501-509.
- [111] Pais-Ribeiro JL. Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Anal Psic*. 1999;3:547-558.
- [112] Campos RP, Vázquez Rodríguez MI. Health-related quality of life in women with fibromyalgia: clinical and psychological factors associated. *Clin Rheumatol*. 2012;31(2):347-355.
- [113] ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. 1999 Feb. 124 p. Report No.: 1.
- [114] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370.
- [115] Lépine JP. L'échelle HAD. In: Guelfi JD, editor. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Paris, France: Editions Médicales Pierre Fabre; 1996. p. 367-374.
- [116] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571.
- [117] Bourque P, Beaudette D. Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students]. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 1982;14(3), 211-218.
- [118] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62.
- [119] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-389.
- [120] HAS (Haute autorité de santé). Recommandation de bonne pratique. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Diagnostic. Méthode Recommandation pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique. 2017 Oct. 331 p. Report No.: 1.
- [121] Kapoor SR, Hider SL, Brownfield A, Matthey DL, et al. Fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis: driven by depression or joint damage? *Clin Exp Rheumatol*. 2011;29(6 Suppl 69):S88-S91.
- [122] Gist AC, Guymer EK, Eades LE, Leech M, et al. Fibromyalgia remains a significant burden in rheumatoid arthritis patients in Australia. *Int J Rheum Dis*. 2018;21(3):639-646.
- [123] Finckh A. Stratégies diagnostiques en présence de douleurs diffuses. *Rev Med Suisse*. 2007;3:32362.
- [124] Elhadrami Z, Ahmed M, Jouida D, Belkhou A, et al. Conduite à tenir devant un syndrome polyalgique. *Rev Mar Rhum*. 2016;38:10-18.
- [125] Bernatsky S, Dobkin PL, De Civita M, Penrod JR. Co-morbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Med Wkly*. 2005;135(5-6):76-81.
- [126] Løge-Hagen JS, Sæle A, Juhl C, Bech P, et al. Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;245:1098-1105.

- [127] Bernik M, Sampaio TP, Gandarella L. Fibromyalgia comorbid with anxiety disorders and depression: combined medical and psychological treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(9):358.
- [128] Howard KJ, Mayer TG, Neblett R, Perez Y, et al. Fibromyalgia syndrome in chronic disabling occupational musculoskeletal disorders: prevalence, risk factors, and posttreatment outcomes. *J Occup Environ Med.* 2010;52(12):1186-1191.
- [129] Gündüz N, Üşen A, Aydın Atar E. The Impact of Perceived Social Support on Anxiety, Depression and Severity of Pain and Burnout Among Turkish Females With Fibromyalgia. *Arch Rheumatol.* 2018;34(2):186-195.
- [130] Park J, Gilmour H. Medically unexplained physical symptoms (MUPS) among adults in Canada: Comorbidity, health care use and employment. *Health Rep.* 2017;28(3):3-8.
- [131] Khoo T, Proudman S, Limaye V. Silicone breast implants and depression, fibromyalgia and chronic fatigue syndrome in a rheumatology clinic population. *Clin Rheumatol.* 2019;38(5):1271-1276.
- [132] Slotkoff AT, Radulovic DA, Clauw DJ. The relationship between fibromyalgia and the multiple chemical sensitivity syndrome. *Scand J Rheumatol.* 1997;26(5):364-367.
- [133] Lavergne MR, Cole DC, Kerr K, Marshall LM. Functional impairment in chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivity. *Can Fam Physician.* 2010;56(2):e57-e65.
- [134] Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999;130(11):910-921.
- [135] Goodman A. Addiction: Definition and Implications. *British Journal of Addiction.* 1990 Nov;18(85)11:1403-1408.
- [136] NIDA (National Institute of Drug Abuse). Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et les conduites addictives. Qu'est-ce qu'une addiction ? [Internet]. Publié le 10/08/15 [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>
- [137] OMS (Organisation mondiale de la santé). Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance (réuni à Genève du 1<sup>er</sup> au 7 octobre 1968). Série de rapports techniques. Genève. 1969. 30 p. Report No.: 407.
- [138] HAS (Haute autorité de santé). Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Paris. 2014 Nov. 54 p. Report No.: 1.
- [139] Robinson-Papp J, George MC, Wongmek A, et al. The Quantitative Analgesic Questionnaire: A Tool to Capture Patient-Reported Chronic Pain Medication Use. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(3):381-386.
- [140] Masters Steedman S, Middaugh SJ, Kee WG, Carson DS, et al. Chronic-pain medications: equivalence levels and method of quantifying usage. *Clin J Pain.* 1992;8(3):204-214. (1992).
- [141] Harden RN, Weinland SR, Remble TA, Houle TT, et al. Medication Quantification Scale Version III: update in medication classes and revised detriment weights by survey of American Pain Society Physicians. *J Pain.* 2005;6(6):364-371.
- [142] Gallizzi M, Gagnon C, Harden RN, Stanos S, et al. Medication Quantification Scale Version III: Internal Validation of Detriment Weight Using a Chronic Pain Population. *Pain Practice.* 2008;8(1):1-4.
- [143] Peron E, Feuillet F, Rousselet M, Victorri-Vigneau C. et al. Les profils de pharmacodépendance représentés graphiquement : un nouvel outil de santé publique, Nantes. VI<sup>e</sup> Congrès International d'épidémiologie. *Revue d'Epidémiologie et de santé publique.* 2014;62(5 Suppl 238):S7-S11.
- [144] Cottencin O, Doutrelugne Y, Goudemand M, Consoli SM. Additions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. *Encéphale.* 2009;35:214-219.
- [145] ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). Pharmacovigilance (addictovigilance) [Internet]. 2017 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance/(offset)/0)
- [146] Gérardin M, Etcheverringaray F, Nizard J, Lomenech H, et al. Patients douloureux chroniques suivis dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur : quelles notifications en addictovigilance ? *Thérapies.* 2016 Feb;72(1):169.
- [147] Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, et al. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain.* 2015;156(4):569-576.
- [148] Higgins C, Smith BH, Matthews K. Incidence of iatrogenic opioid dependence or abuse in patients with pain who were exposed to opioid analgesic therapy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2018;120(6):1335-1344.
- [149] Sehgal N, Manchikanti L, Smith HS. Prescription opioid abuse in chronic pain: a review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician.* 2012;15(3 Suppl):ES67-ES92.
- [150] Buttram ME, Kurtz SP. Preliminary Evidence of Pregabalin Misuse among Prescription and/or Illicit Opioid (Mis)users. *J Psychoactive Drugs.* 2020;52(2):172-175.
- [151] Eccleston C, Fisher E, Thomas KH, et al. Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;11(11):CD010323. Published 2017 Nov 13.
- [152] ANSM (Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé). Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques. 2019 Feb. 52 p. Report No.: 1.
- [153] Chenaf C, Kaboré JL, Delorme J, Mulliez A, et al. Prescription opioid analgesic use in France: Trends and impact on morbidity-mortality. *Eur J Pain.* 2019;23(1):124-134.
- [154] Eiden C, Ginies P, Nogue E, Damdjy Y, et al. High Prevalence of Misuse of Prescribed Opioid Analgesics in Patients with Chronic Non-Cancer Pain. *J Psychoactive Drugs.* 2019;51(4):371-376.
- [155] Victorri-Vigneau C, Wainstein L, Guillet JY, Gérardin M et al. Diagnostic de pharmacodépendance, comparaison des points de vue du patient et du médecin. *Thérapie.* 2012;67(2):167-172.
- [156] Roussin A, Doazzan d'Ouince O, Géniaux H, Halberer C. Un exemple d'évaluation de l'abus et de la dépendance en addictovigilance, à propos du tramadol. *Thérapies.* 2015;70(2):203-211.

- [157] Guerlais M, Victorri-Vigneau C, Lauzeille D, Baumevieille M, et al. Consommations problématiques des antalgiques codéinés en automédication : résultats de l'étude DANTE (une Décennie d'ANTalgiques En France). *Therapies*. 2018 Dec;73(6):561.0
- [158] Khetta M, Chambellan S, Rouille C, Kozyreff Meurice M, et al. Impact du sevrage hospitalier en opioïdes forts chez les patients atteints de douleurs chroniques non cancéreuses : évaluation de la douleur et de la vie quotidienne plus de 6 mois après le sevrage. *Doleurs Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2017;18:296-304.
- [159] Moisset X, Trouvin AP, Tran VT, Authier N, et al. Utilisation des opioïdes forts dans la douleur chronique non cancéreuse chez l'adulte. Recommandations françaises de bonne pratique clinique par consensus formalisé (SFETD). *Doleurs : Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2016;17(3):145-160.
- [160] Fiz J, Durán M, Capellà D, Carbonell J, et al. Cannabis use in patients with fibromyalgia: effect on symptoms relief and health-related quality of life. *PLoS One*. 2011;6(4):e18440. Published 2011 Apr 21.
- [161] Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Gamsa A, Ware MA, et al. Opioid use, misuse, and abuse in patients labeled as fibromyalgia. *Am J Med*. 2011;124(10):955-960.
- [162] Goldenberg DL, Clauw DJ, Palmer RE, Clair AG. Opioid Use in Fibromyalgia: A Cautionary Tale. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(5):640-648.
- [163] Curtis AF, Miller MB, Rathinakumar H, Robinson M, et al. Opioid use, pain intensity, age, and sleep architecture in patients with fibromyalgia and insomnia. *Pain*. 2019;160(9):2086-2092.
- [164] Menzies V, Thacker LR 2nd, Mayer SD, Young AM, et al. Polypharmacy, Opioid Use, and Fibromyalgia: A Secondary Analysis of Clinical Trial Data. *Biol Res Nurs*. 2017;19(1):97-105.
- [165] Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues [The endogenous opioid system and drug addiction]. *Ann Pharm Fr*. 2010;68(1):3-11.
- [166] Russell IJ, Vaeroy H, Javors M, Nyberg F. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1992;35(5):550-556.
- [167] Albrecht DS, MacKie PJ, Kareken DA, Hutchins GD, et al. Differential dopamine function in fibromyalgia. *Brain Imaging Behav*. 2016;10(3):829-839.
- [168] Bridoux A, Monaca C. Sommeil normal et neurobiologie. *La Lettre du Pharmacologue*. 2010 Mar;24(1):1-11.
- [169] Mazza M, Losurdo A, Testani E, et al. Polysomnographic findings in a cohort of chronic insomnia patients with benzodiazepine abuse. *J Clin Sleep Med*. 2014;10(1):35-42.
- [170] González JLB, Fernández TV, Rodríguez LA, Muñiz J, et al. Sleep architecture in patients with fibromyalgia. *Psicothema*. 2011;23(3):368-373.
- [171] Carville SF, Arendt-Nielsen L, Bliddal H, Blotman F, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome [published correction appears in *Ann Rheum Dis*. 2015 Feb;74(2):476. Arendt-Nielsen, S [corrected to Arendt-Nielsen, L]]. *Ann Rheum Dis*. 2008;67(4):536-541.
- [172] Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum*. 2009;61(2):216-224.
- [173] Nüesch E, Häuser W, Bernardy K, Barth J, et al. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(6):955-962.
- [174] Oh TH, Hoskin TL, Luedtke CA, Weingarten TN, et al. Predictors of clinical outcome in fibromyalgia after a brief interdisciplinary fibromyalgia treatment program: single center experience. *PM R*. 2012;4(4):257-263.
- [175] Martins MR, Griitti CC, dos Santos Junior R, Luizetto de Araujo MC, et al. Randomized controlled trial of a therapeutic intervention group in patients with fibromyalgia syndrome. *Rev Bras Reumatol*. 2014;54(3):179-184.
- [176] de Rooij A, Roorda LD, Otten RH, van der Leeden M, et al. Predictors of multidisciplinary treatment outcome in fibromyalgia: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2013;35(6):437-449.
- [177] Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. *Pol Arch Intern Med*. 2017;127(1):47-56.
- [178] Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(2):318-328.
- [179] da Rocha AP, Mizzaci CC, Nunes Pinto ACP, da Silva Vieira AG, et al. Tramadol for management of fibromyalgia pain and symptoms: Systematic review. *Int J Clin Pract*. 2020;74(3):e13455.
- [180] Straube S, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Pregabalin in fibromyalgia: meta-analysis of efficacy and safety from company clinical trial reports. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49(4):706-715.
- [181] Lian YN, Wang Y, Zhang Y, Yang CX. Duloxetine for pain in fibromyalgia in adults: a systematic review and a meta-analysis. *Int J Neurosci*. 2020;130(1):71-82.
- [182] Arnold LM, Zhang S, Pangallo BA. Efficacy and safety of duloxetine 30 mg/d in patients with fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin J Pain*. 2012;28(9):775-781.
- [183] VanderWeide LA, Smith SM, Trinkley KE. A systematic review of the efficacy of venlafaxine for the treatment of fibromyalgia. *J Clin Pharm Ther*. 2015;40(1):1-6.
- [184] Thorpe J, Shum B, Moore RA, Wiffen PJ, et al. Combination pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD010585.
- [185] Tzadok R, Ablin JN. Current and Emerging Pharmacotherapy for Fibromyalgia. *Pain Res Manag*. 2020;2020:6541798. Published 2020 Feb 11.

- [186] Robinson RL, Kroenke K, Williams DA, Mease P, et al. Longitudinal observation of treatment patterns and outcomes for patients with fibromyalgia: 12-month findings from the reflections study. *Pain Med.* 2013;14(9):1400-1415.
- [187] Häuser W, Walitt B, Fitzcharles MA, Sommer C. Review of pharmacological therapies in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):201.
- [188] Berthelot JM, Nizard J, Maugars Y. Les morphiniques peuvent paradoxalement induire de vives douleurs. *Revue du rhumatisme.* 2018;85:413-415.
- [189] Bruce BK, Allman ME, Rivera FA, et al. Opioid Use in Fibromyalgia Continues Despite Guidelines That Do Not Support Its Efficacy or Risk [published online ahead of print, 2020 Feb 6]. *J Clin Rheumatol.* 2020;10.1097/RHU.0000000000001273.
- [190] Eiden C, Ginies P, Nogue E, Damdjy, et al. Évaluation de l'addiction aux antalgiques opioïdes dans une population de patients douloureux chroniques non cancéreux et pris en charge dans un centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD), via le questionnaire sur les troubles liés à l'usage de substances du DSM-V. 9<sup>ème</sup> ateliers de pharmacodépendance et addictovigilance. Biarritz, 17-18 octobre 2016. *Thérapies.* 2017 Feb;72(1):169-170.
- [191] Clere F. Médicaments antalgiques : prescrire ou ne pas prescrire ? D'après les communications de Capriz F, Aubrun F, Mouly S, Serrie A, Pickering G. *Douleurs Evaluation – Diagnostic – Traitement.* 2019;20(1):51-55.
- [192] OMS (Organisation mondiale de la santé). Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the fields of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. Regional Office for Europe. 1998. 76 p. Report No.: EUR/ICP/QCPH 01 01 03 Rev.2.
- [193] García-Ríos MC, Navarro-Ledesma S, Tapia-Haro RM, Toledano-Moreno S, et al. Effectiveness of health education in patients with fibromyalgia: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2019;55(2):301-313.
- [194] Sewitch MJ, Dobkin PL, Bernatsky S, Baron M, et al. Medication non-adherence in women with fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43(5):648-654.
- [195] Perocheau D, Perrot S. Education thérapeutique et fibromyalgie. *Douleur et Analgésie.* 2011;24:189-196.
- [196] Marcaillou F, Fontan M, Sentenac Chaïb S, Chandèze E, et al. Evolution du bilan éducatif initial du programme d'éducation thérapeutique du patient « Vivradol, la douleur dans la vie » au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de Clermont-Ferrand. *Douleurs : Evaluation – Diagnostic – Traitement.* 2019 Jun;20(3):123-129.
- [197] Johnson MI, Claydon LS, Herbison GP, Jones G, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;10(10):CD012172.
- [198] Sichère P. Principes des techniques de neuromodulation dans la fibromyalgie. Apport de la stimulation magnétique transcrânienne. Questions posées à Edwige de Chauvigny, Marion Helbert, Sylvie Raoul, Emmanuelle Kuhn, Jean-Marie Louppe, Frédéric Gillot, Dominique Menegalli, Jean-Paul Nguyen, et Julien Nizard. *Douleurs Evaluation – Diagnostic – Traitement.* 2011;12:93-96.
- [199] Ahmed S, Plazier M, Ost J, Stassijns G, et al. The effect of occipital nerve field stimulation on the descending pain pathway in patients with fibromyalgia: a water PET and EEG imaging study. *BMC Neurol.* 2018;18(1):191.
- [200] Arnold LM, Clauw DJ. Challenges of implementing fibromyalgia treatment guidelines in current clinical practice. *Postgrad Med.* 2017;129(7):709-714.
- [201] Bourée P, Bisaro F, Ensaf A. Fibromyalgie : prescrivez le sport ! *La revue du praticien.* Médecine générale. Focus. 2018 may;1002(32):426-427
- [202] Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, et al. Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1. *Phys Ther.* 2008;88(7):857-871.
- [203] Lecocq J. Place de l'activité physique dans le traitement de la fibromyalgie. *Revue neurologique* 2014;170:221.
- [204] Fontaine KR, Conn L, Clauw DJ. Effects of lifestyle physical activity on perceived symptoms and physical function in adults with fibromyalgia: results of a randomized trial. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(2):R55.
- [205] Kayo AH, Peccin MS, Sanches CM, Trevisani VF. Effectiveness of physical activity in reducing pain in patients with fibromyalgia: a blinded randomized clinical trial. *Rheumatol Int.* 2012;32(8):2285-2292.
- [206] Larsson A, Palstam A, Löfgren M, Ernberg M, et al. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia--a randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 2015;17(1):161.
- [207] Mannerkorpi K, Nordeman L, Cider A, Jonsson G. Does moderate-to-high intensity Nordic walking improve functional capacity and pain in fibromyalgia? A prospective randomized controlled trial. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(5):R189.
- [208] Collado-Mateo D, Dominguez-Muñoz FJ, Adsuar JC, Garcia-Gordillo MA, et al. Effects of Exergames on Quality of Life, Pain, and Disease Effect in Women With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017;98(9):1725-1731.
- [209] Lee JW, Lee KE, Park DJ, Kim SH, et al. Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171186.
- [210] Sanz-Baños Y, Pastor-Mira MÁ, Lledó A, López-Roig S, et al. Do women with fibromyalgia adhere to walking for exercise programs to improve their health? Systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 2018;40(21):2475-2487.
- [211] Malfliet A Pt MSc, Van Oosterwijck J Pt PhD, Meeus M Pt PhD, Cagnie B, et al. Kinesiophobia and maladaptive coping strategies prevent improvements in pain catastrophizing following pain neuroscience education in fibromyalgia/chronic fatigue syndrome: An explorative study. *Physiother Theory Pract.* 2017;33(8):653-660.
- [212] İnal Ö, Aras B, Salar S. Investigation of the relationship between kinesiophobia and sensory processing in fibromyalgia patients. *Somatosens Mot Res.* 2020;37(2):92-96.

- [213] Jadaud A, Nizard J, Danglot C, Fourneau M, Lajat Y. Place du masseur-kinésithérapeute dans la prise en charge pluridisciplinaire des douloureux chroniques en Centre de Traitement de la Douleur. *Doul. et Analg.* 2003;3:145-149.
- [214] Lanoiselée J, Nizard J, Meas Y, Lajat Y. Rôle du médecin de médecine physique et réadaptation dans un Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur. *Doul. et Analg.* 2003;3:151-154.
- [215] Maquet D, Demoulin C, Croisier JL, Crielaard JM. Benefits of physical training in fibromyalgia and related syndromes. *Ann Readapt Med Phys.* 2007;50(6):363-362.
- [216] Salvat I, Zaldivar P, Monterde S, Montull S, et al. Functional status, physical activity level, and exercise regularity in patients with fibromyalgia after Multidisciplinary treatment: retrospective analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatol Int.* 2017;37(3):377-387.
- [217] Latorre PÁ, Santos MA, Heredia-Jiménez JM, Delgado-Fernandez M, et al. Effect of a 24-week physical training programme (in water and on land) on pain, functional capacity, body composition and quality of life in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol.* 2013;31(6 Suppl 79):S72-S80.
- [218] Adler-Neal AL, Zeidan F. Mindfulness Meditation for Fibromyalgia: Mechanistic and Clinical Considerations. *Curr Rheumatol Rep.* 2017;19(9):59.
- [219] Van Gordon W, Shonin E, Dunn TJ, Garcia-Campayo J, et al. Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial. *Br J Health Psychol.* 2017;22(1):186-206.
- [220] Pérez-Aranda A, D'Amico F, Feliu-Soler A, McCracken LM, et al. Cost-Utility of Mindfulness-Based Stress Reduction for Fibromyalgia versus a Multicomponent Intervention and Usual Care: A 12-Month Randomized Controlled Trial (EUDAIMON Study). *J Clin Med.* 2019;8(7):1068.
- [221] Langhorst J, Klose P, Dobos GJ, Bernardy K, et al. Efficacy and safety of meditative movement therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatol Int.* 2013;33(1):193-207.
- [222] Dias PA, Guimarães AB, Albuquerque Ade O, de Oliveira KL, et al. Short-term complementary and alternative medicine on quality of life in women with fibromyalgia. *J Integr Med.* 2016;14(1):29-35.
- [223] Langhorst J, Klose P, Musial F, Irnich D, et al. Efficacy of acupuncture in fibromyalgia syndrome—a systematic review with a meta-analysis of controlled clinical trials. *Rheumatology (Oxford).* 2010;49(4):778-788.
- [224] Yang J, Bauer BA, Wu Q, Xiong D, et al. Impact of herbs and dietary supplements in patients with fibromyalgia: A protocol for a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(21):e20257.
- [225] Bernardy K, Füber N, Klose P, Häuser W. Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;12:133.
- [226] Airagnes G, Tripodi D, Petit Le Manac'h A. Douleur chronique : la place du psychiatre. *Annales Médico-Psychologiques.* 2014;172:146-153.
- [227] Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(9):CD009796.
- [228] Artagnan J, Nizard J, Robin B, Chiffolleau C, et al. Thérapies stratégiques et développement des activités socialisantes chez le douloureux chronique au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur. *Doul. et Analg.* 2003;3:173-176.
- [229] Eftedal M, Kvaal AM, Ree E, Oyeflaten L, et al. How do occupational rehabilitation clinicians approach participants on long-term sick leave in order to facilitate return to work? A focus group study. *BMC Health Services Research.* 2017;744(17):1-13.
- [230] Chatelier F, Nizard J, Geraut G, Lajat Y. Pourquoi et comment intégrer le Médecin du Travail à l'équipe du Centre de Traitement de la Douleur. *Doul. et Analg.* 2003;3:177-181.
- [231] DGS (Direction Générale de la Santé). Circulaire DGS\_DH n° 98-47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
- [232] DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Instruction n° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 relative à l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2017, et au relevé de leur activité 2016.
- [233] SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur). Livre blanc de la douleur 2017. Etat des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen. Edition Med-Line. 2017. 280 p. Report No.: 1.
- [234] CHU de Nantes. Centre d'évaluation et de traitement de la douleur [Internet]. 2020 [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/centre-d-evaluation-et-de-traitement-de-la-douleur>
- [235] IGAS (Inspection générale des affaires sociales). Broudic P. Organisation et financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation. 2011 oct. Report No.: RM2011-152P.
- [236] Kamen G. Rééducation fonctionnelle. 1972. In Encyclopédie Universelle. Rééducation [Internet]. 2012 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://encyclopedie.universelle.fracademic.com/18431/R%C3%89%C3%89DUCATION>
- [237] OMS (Organisation mondiale de la santé). Health topics. Rehabilitation [Internet]. 2020 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1)
- [238] Annuaire sanitaire et social. Soins de suite et de réadaptation [Internet]. 2020 [cité 16 août 2020]. Disponible sur: <https://www.sanitaire-social.com/annuaire/soins-de-suite-readaptation>

- [239] HAS (Haute autorité de santé). Rapport de certification, Centre hospitalier de Maubreuil. 2018 Jan. 35 p. Report No.: 44000024.
- [240] Cipher DJ, Fernandez E, Clifford PA. Cost-effectiveness and Health Care Utilization in a Multidisciplinary Pain Center: comparison of three Treatment Groups. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2001;8:237-244.
- [241] Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Chillón P, Femia P, et al. Effectiveness of multidisciplinary therapy on symptomatology and quality of life in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2011;29(6 Suppl 69):S97-S103.
- [242] Casanueva-Fernández B, Llorca J, Rubió JB, Rodero-Fernández B, et al. Efficacy of a multidisciplinary treatment program in patients with severe fibromyalgia. *Rheumatol Int*. 2012;32(8):2497-2502.
- [243] Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, et al. Work and disability status of persons with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1997;24(6):1171-1178.
- [244] White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Comparing self-reported function and work disability in 100 community cases of fibromyalgia syndrome versus controls in London, Ontario: the London Fibromyalgia Epidemiology Study. *Arthritis Rheum*. 1999;42(1):76-83.
- [245] Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Feinn R. Do employment and family work affect the health status of women with fibromyalgia?. *J Rheumatol*. 2003;30(9):2045-2053.
- [246] Burckhardt CS, Liedberg GM, Henriksson CM, Kendall S. (2005) The Impact of Fibromyalgia on Employment Status of Newly-Diagnosed Young Women: A Pilot Study. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2005;13(2):31-41.
- [247] Henriksson CM, Liedberg GM, Gerdle B. Women with fibromyalgia: work and rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2005;27(12):685-694.
- [248] Reisine S, Fifield J, Walsh S, Forrest DD. Employment and health status changes among women with fibromyalgia: a five-year study. *Arthritis Rheum*. 2008;59(12):1735-1741.
- [249] Howard KJ, Mayer TG, Neblett R, Perez Y, et al. RJ. Fibromyalgia syndrome in chronic disabling occupational musculoskeletal disorders: prevalence, risk factors, and posttreatment outcomes. *J Occup Environ Med*. 2010;52(12):1186-1191.
- [250] Rakovski C, Zettel-Watson L, Rutledge D. Association of employment and working conditions with physical and mental health symptoms for people with fibromyalgia. *Disabil Rehabil*. 2012;34(15):1277-1283.
- [251] Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Rampakakis E, Sampalis JS, et al. Disability in Fibromyalgia Associates with Symptom Severity and Occupation Characteristics. *J Rheumatol*. 2016;43(5):931-936.
- [252] Guymer EK, Littlejohn GO, Brand CK, Kwiatek RA. Fibromyalgia onset has a high impact on work ability in Australians. *Intern Med J*. 2016;46(9):1069-1074.
- [253] Oldfield M, MacEachen E, MacNeill M, Kirsh B. 'You want to show you're a valuable employee': A critical discourse analysis of multi-perspective portrayals of employed women with fibromyalgia. *Chronic Illn*. 2018;14(2):135-153.
- [254] Palstam A, Mannerkorpi K. Work Ability in Fibromyalgia: An Update in the 21st Century. *Curr Rheumatol Rev*. 2017;13(3):180-187.
- [255] Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L, Kågedal B, et al. Primary fibromyalgia. A clinical and laboratory study of 55 patients. *Scand J Rheumatol*. 1986;15(3):340-347.
- [256] Krantz G, Ostergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(3):192-199.
- [257] Kivimäki M, Leino-Arjas P, Virtanen M, et al. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. *J Psychosom Res*. 2004;57(5):417-422.
- [258] Löfgren M, Ekholm J, Ohman A. 'A constant struggle': successful strategies of women in work despite fibromyalgia. *Disabil Rehabil*. 2006;28(7):447-455.
- [259] Kivimäki M, Leino-Arjas P, Kaila-Kangas L, Virtanen M, et al. Increased absence due to sickness among employees with fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(1):65-69.
- [260] Al-Allaf AW. Work disability and health system utilization in patients with fibromyalgia syndrome. *J Clin Rheumatol*. 2007;13(4):199-201.
- [261] Sallinen M, Kukkurainen ML, Peltokallio L, Mikkelsen M. Women's narratives on experiences of work ability and functioning in fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*. 2010;8(1):18-26.
- [262] Bossema ER, Kool MB, Cornet D, et al. Characteristics of suitable work from the perspective of patients with fibromyalgia. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(2):311-318.
- [263] Cobankara V, Unal UO, Kaya A, Bozkurt AI, Ozturk MA. The prevalence of fibromyalgia among textile workers in the city of Denizli in Turkey. *Int J Rheum Dis*. 2011;14(4):390-394.
- [264] Palstam A, Bjersing JL, Mannerkorpi K. Which aspects of health differ between working and nonworking women with fibromyalgia? A cross-sectional study of work status and health. *BMC Public Health*. 2012;12:1076. Published 2012 Dec 14.
- [265] Mannerkorpi K, Gard G. Hinders for continued work among persons with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:96. Published 2012 Jun 11.
- [266] Liedberg GM, Björk M. Symptoms of subordinated importance in fibromyalgia when differentiating working from non-working women. *Work*. 2014;48(2):155-164.
- [267] Briones-Vozmediano E, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C. [Fibromyalgia patients' perceptions of the impact of the disease in the workplace]. *Aten Primaria*. 2015;47(4):205-212.
- [268] Juuso P, Skär L, Sundin K, Söderberg S. The Workplace Experiences of Women with Fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*. 2016;14(2):69-76.

- [269] Systchenko B, Mangon O. Peut-on éviter la désinsertion professionnelle des patients atteints de fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique ? Rôle des médecins agréés pour les agents de la fonction publique. *Doul. et Analg.* 2007;20:264-271.
- [270] Guérin J, Perrot S, Costes J, Azoulay D, et al. La FIBROMYALGIE dans la vraie vie – A propos d’une enquête en ligne sur 4 516 patients. Communications plénières. *Revue du Rhumatisme.* 2016;83S:A39.
- [271] Laroche F, Guérin J, Azoulay D, Coste J, et al. La fibromyalgie en France, vécu quotidien, fardeau professionnel et prise en charge. Enquête nationale auprès de 4516 patients. *Revue du Rhumatisme.* Unedited manuscript. 2018:1-10.
- [272] Laroche F, Azoulay D, Trouvin AP, Coste J, et al. Fibromyalgia in the workplace: risk factors for sick leave are related to professional context rather than fibromyalgia characteristics - a French national survey of 955 patients. *BMC Rheumatology.* 2019;44(3):1-10.
- [273] République française. Code du travail. Article 4622-3, modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 – Art. 102 (V) [Internet]. Légifrance du 1 janvier 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033024900&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20170101#:~:text=Il%20consiste%20%C3%A0%20%C3%A9viter%20toute,l%20environnement%20imm%C3%A9diat%20de%20travail>
- [274] République française. Code du travail. Article R4623-1, modifié par le décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 1 janvier 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000025279924&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20121029&oldAction=rechCodeArticle#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20du%20travail%20est,de%20travail%20dans%20l%27entreprise%20%3B&text=9%C2%B0%20La%20mise%20en,organisation%20du%20travail%20de%20nuit>
- [275] République française. Code du travail. Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat [Internet]. Légifrance du 28 juillet 2004 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000419260&categorieLien=id>
- [276] République française. Code du travail. Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail. Journal officiel n° 0026 du 31 janvier 2012, page 1787, texte n°38. [Internet]. Légifrance du 30 janvier 2012 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025241642&categorieLien=id#:~:text=Il%20pr%C3%A9cise%20C%20en%20particulier%20C%20les,du%20travail%20et%20de%20l%20>
- [277] République française. Code du travail. Article R4624-10, modifié par le décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 1 janvier 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033769085&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20170101>
- [278] République française. Code du travail. Article R4624-3, modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 1 janvier 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033024913&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20170101#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20du%20travail%20peut,ou%20C%3%A0%20l%20C%3%A9tat%20de>
- [279] République française. Code du travail. Article R4624-42, modifié par le décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 1 janvier 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000029235011&dateTexte=&categorieLien=cid#:~:text=La%20notification%20de%20l%20avis,tout%20reclassement%20dans%20un%20emploi>
- [280] Issindou M, Ploton C, Fantoni-Quinton S, Bensadon AC, et al. Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail ». 2015 May. Report No.: 2014-142R.
- [281] République française. Code du travail. Article L4121-2, modifié par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 – Art. 5 [Internet]. Légifrance du 10 août 2016 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000033019913&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20160810>
- [282] République française. Code du travail. Article L4121-1, modifié par l’ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 – Art. 2 [Internet]. Légifrance du 1 octobre 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000035640828&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20171001#:~:text=L%27employeur%20prend%20les%20mesures,physique%20et%20mentale%20des%20travailleurs.&text=L%27employeur%20veille%20C%3%A0%20l%27am%C3%A9lioration%20des%20situations%20existantes>
- [283] Fassier JB, Petit A, Yven C, Sappey P, et al. Pre-return-to-work medical consultation for low back pain workers. Good practice recommendations based on systematic review and expert consensus. *Ann Phys Rehabil Med.* 2015;58(5):298-304.
- [284] INRS. Dossier RPS (Risques psychosociaux) [Internet]. Mis à jour le 06/01/20 [cité 17 août 2020]. 32 p. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- [285] Robert A, Karasek J. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly.* 1979 Jun;24(2):285-308.

- [286] INRS. Dossier médico-technique. Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention. TC 108. Documents pour le Médecin du Travail. 2006 Apr;106:169-186.
- [287] Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.
- [288] INRS. Dossier Lombalgie [Internet]. Mis à jour le 26/10/18 [cité 17 août 2020]. 21 p. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/lombalgies/facteurs-risques.html>
- [289] CNAMTS. Statistiques de sinistralité 2016 tous CTN et par CTN. Direction des risques professionnels. Étude 2017-197-CTN. Février 2018. 62 pages.
- [290] Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? France: Edition Armand Colin; 2017. 243 p.
- [291] République française. Code du travail. Article L4161-1, modifié par l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 1 octobre 2017 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000035640694&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20171001>
- [292] République française. Code du travail. Article R4541-9, créé par le décret n°2008-244 du 7 mars 2008 – Art. (V) [Internet]. Légifrance du 29 août 2020 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018528889&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20200829>
- [293] HAS (Haute autorité de santé). Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges. Recommandations de Bonne Pratique. Argumentaire scientifique. Société Française de Médecine du Travail. Septembre 2013. Label HAS, le 21 octobre 2013. 295 p. Report No.: 1.
- [294] République française. Code du travail. Article D4163-2, modifié par décret n°2017-1769 du 27 décembre 2017 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 1 janvier 2019 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036410046&cidTexte=LEGITEXT00006072050&dateTexte=20190101>
- [295] Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, et al. Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie. France: Editions du Réseau ANACT (2006), Chirat; 2013. 318 p.
- [296] Hubault F. Le point de vue de l'activité de travail : comprendre autrement la performance de l'entreprise. In Noulin M. L'ergonomie. Collection Memento Dege. *Edition Techniplus*. 1992. 197 p.
- [297] St Vincent M, Vézina N, Bellemare M, Denis D, Ledoux E, Imbeau D. L'intervention en ergonomie. Canada: Editions MultiMondes. IRSST; 2011. 360 p.
- [298] CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés). Convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP. 2009 Jan. 45 p. Report No.: 1.
- [299] Mansuy M, Couppié T, Fetsi A, Scatoli C. Transition entre le système éducatif et la vie active : chiffres clés sur la formation professionnelle dans l'Union européenne. Luxembourg: Edition Office des publications officielles et des Communautés européennes. Collection Cedefop References Series; 2001. 5 p.
- [300] PRST (Plan régional Santé au Travail) Pays de la Loire. Synthèse du 3<sup>ème</sup> plan régional santé au travail Pays de la Loire 2016-2020. 45 p. Report No.: 1.
- [301] Assurance maladie. Organisation et mission du Service médical (Régime général). UE Organisation de la Sécurité sociale. Direction régionale du Service médical PACA-C. 2015 Jan 19 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: [https://www.smamform.fr/pdf/pdf\\_CH\\_Orga\\_missions\\_SM\\_19-01\\_2015.pdf](https://www.smamform.fr/pdf/pdf_CH_Orga_missions_SM_19-01_2015.pdf)
- [302] Assurance maladie. La prévention de la Désinsertion Professionnelle. Livret de l'Assurance maladie Pays de la Loire. R 97 – PDP – Classeur Régional. 24 p. [cité 17 août 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/R97\\_PDP\\_-\\_Livret\\_Regional.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/R97_PDP_-_Livret_Regional.pdf)
- [303] DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi). La Direccte des Pays de la Loire, au service des entreprises, des actifs et des territoires [Internet]. 2015 [cité 17 août 2020]. 8 p. Disponible sur: [http://pays-de-la-loire.direccte.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/directe\\_plaquette\\_instit-web.pdf](http://pays-de-la-loire.direccte.gouv.fr/sites/pays-de-la-loire.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/directe_plaquette_instit-web.pdf)
- [304] Sankalé-Delga, Nizard J, Benkara F, Lajat Y. Rôle du médecin-conseil hospitalier dans la prise en charge pluridisciplinaire du douloureux chronique en Centre de Traitement de la Douleur. *Doul. et Analg*. 2003;3:183-185.
- [305] Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Le contrat unique d'insertion – Contrat d'accompagnement dans l'emploi [Internet]. Publié le 14/09/15, mise à jour le 28/06/18 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/parcours-emploi-competences/cui-cie>
- [306] Assurance maladie. Pays de la Loire. Bilan 2014. Prévention de la Désinsertion Professionnelle [Internet]. 2014 Dec [cité 17 août 2020]. 44 p. Report No.: SR 75 SSR. Disponible sur: [http://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/BIL\\_PDP\\_2014\\_actualise.pdf](http://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/BIL_PDP_2014_actualise.pdf)
- [307] HAS (Haute autorité de santé). Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. 2019 Feb. 9 p. Report No.: 1.
- [308] République française. Décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d'appartenance d'une entreprise pour les besoins de l'analyse statistique et économique. NOR: ECES0828576D [Internet]. Légifrance du 21 décembre 2008 [cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019961059>
- [309] Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Prévention et maintien dans l'emploi. Plaquette Parcours de maintien en emploi [Internet]. 5 p. Publié en 2016 [Cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/>

- [310] Wikipédia. Transitions Pro [Internet]. Mise à jour le 09/04/20 [Cité 23 août 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Transitions\\_Pro](https://fr.wikipedia.org/wiki/Transitions_Pro)
- [311] Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Congé Individuel de Formation (CIF) [Internet]. Publié le 14/09/15, mise à jour le 12/04/19 [Cité 23 août 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/formation-des-salaries/article/conge-individuel-de-formation-cif>
- [312] Wikipédia. Droit Individuel à la Formation [Internet]. Mise à jour le 15/03/20 [Cité 23 août 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Droit\\_individuel\\_%C3%A0\\_la\\_formation](https://fr.wikipedia.org/wiki/Droit_individuel_%C3%A0_la_formation)
- [313] Wikipédia. Validation des acquis [Internet]. Mise à jour le 26/08/20 [Cité 26 août 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Validation\\_des\\_acquis](https://fr.wikipedia.org/wiki/Validation_des_acquis)
- [314] République française. Décret n°2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles. [Internet]. Légifrance du 30 août 2020 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037964754&categorieLien=id>
- [315] Wikipédia. Missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes [Internet]. Mise à jour le 26/08/20 [Cité 26 août 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/wiki/Missions\\_locales\\_pour\\_l%27insertion\\_professionnelle\\_et\\_sociale\\_des\\_jeunes#Permanence\\_d%E2%80%99accueil,\\_d%E2%80%99information\\_et\\_d%E2%80%99orientation](https://fr.wikipedia.org/wiki/Missions_locales_pour_l%27insertion_professionnelle_et_sociale_des_jeunes#Permanence_d%E2%80%99accueil,_d%E2%80%99information_et_d%E2%80%99orientation)
- [316] Choisir mon métier. Service public régional de l'orientation (SPRO) des Pays de la Loire [Internet]. 2017 [Cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://pro.choisirmonmetier-paysdelaloire.fr/Acces-pro/Service-public-regional-de-l-orientation>
- [317] Pôle Emploi. Le ROME et les fiches métiers [Internet]. 2020 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.pole-emploi.fr/employeur/vos-recrutements/le-rome-et-les-fiches-metiers.html>
- [318] République française. Arrêté du 25 juin 2014 portant agrément de la convention du 14 mai 2014 relative à l'indemnisation du chômage et les textes qui lui sont associés [Internet]. Légifrance du 25/06/14 [cité 17 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029150768#>
- [319] UNEDIC (Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce). Le précis de l'indemnisation du chômage. Paris. 2015 mar. Report No.: DAJ 742 02/16.
- [320] Pôle Emploi. Réaliser une immersion professionnelle en entreprise [Internet]. 2020 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.pole-emploi.fr/candidat/votre-projet-professionnel/definir-votre-projet-professionnel/realiser-une-immersion-professionnelle.html>
- [321] Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Activité et conditions d'emploi de la main-d'œuvre pendant la crise sanitaire Covid-19 – mai 2020 [Internet]. Publié le 20/05/20 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/tableaux-de-bord/le-marche-du-travail-pendant-le-covid-19/enquete-acemo-pendant-la-crise-sanitaire-covid-19/article/activite-et-conditions-d-emploi-de-la-main-d-oeuvre-pendant-la-crise-sanitaire-119501>
- [322] CAF. Le revenu de solidarité active (RSA) [Internet]. 2020 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/solidarite-et-insertion/le-revenu-de-solidarite-active-rsa>
- [323] CNAF (Caisse Nationale des Allocations familiales) : Le revenu de solidarité active à la fin mars 2019. *RSA Conjoncture*. Paris. 2019 jul;26:1-2.
- [324] CNAF (Caisse Nationale des Allocations familiales) : Les foyers bénéficiaires de la prime d'activité, 2,61 millions à la fin mars 2018. *Prime d'activité Conjoncture*. Paris. 2018 Jun;9:1-2.
- [325] ARPIJ (Action de Remobilisation Professionnelle en période d'Indemnités Journalières) : Plaquette ARPIJ. CARSAT Bretagne. SS027.06-2013 [Internet]. 2013 [cité 26 août 2020]. 2 pages. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Depliant22\\_Arpij.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depliant22_Arpij.pdf)
- [326] Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion. Temps partiel thérapeutique – la reprise d'un travail léger) [Internet]. Mise à jour le 24/02/20 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi/emploi-et-handicap/prevention-et-maintien-dans-l-emploi/temps-partiel-therapeutique#:~:text=La%20reprise%20de%20travail%20%C3%A0,peut%20contribuer%20%C3%A0%20son%20%C3%A9tablissement.>
- [327] République française. Service-public. Arrêt maladie : indemnités journalières versées au salarié [Internet]. Mise à jour le 01/01/20 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3053>
- [328] Ameli. Incapacité permanente suite à un accident du travail : indemnités et rentes [Internet]. Mise à jour le 01/07/20 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/remboursements/pensions-allocations-rentes/incapacite-permanente-suite-accident-travail#:~:text=Si%20votre%20taux%20d'incapacit%C3%A9,selon%20votre%20taux%20d'incapacit%C3%A9.&text=L'indemnit%C3%A9%20en%20capital%20vous,de%20recours%20de%20deux%20mois>
- [329] République française. Service-Public. Pension d'invalidité de la Sécurité sociale [Internet]. Mise à jour le 01/04/20 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F672>
- [330] Handi-Pacte. Fonction publique Poitou-Charentes. La prévention des inaptitudes et le maintien dans l'emploi dans la fonction publique. Guide pratique à l'usage des employeurs publics [Internet]. 2016 Dec [cité 26 août 2020]. 64 p. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_handipacte\\_guide\\_prevention\\_maintien\\_emploi.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_handipacte_guide_prevention_maintien_emploi.pdf)

- [331] Ministère de la transformation de la fonction publique. Les commissions consultatives paritaires [Internet]. Publié le 22/11/16 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/commissions-consultatives-paritaires>
- [332] Ministère de l'action et des comptes publics. Guide de la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour construire une démarche QVT. Outils de la GRH. DGAFP (Direction générale de l'administration de la fonction publique). ANACT. Edition 2019 [Internet]. 70 p. Disponible sur: [https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll\\_outils\\_de\\_la\\_GRH/guide-QVT-2019.pdf](https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_outils_de_la_GRH/guide-QVT-2019.pdf)
- [333] Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20. Dispositif d'accompagnement des personnels d'enseignement, d'éducation et d'orientation confrontés à des difficultés de santé. Circulaire n°2007-106 du 09/05/07 [Internet]. Publié le 17 mai 2007 [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2007/20/MENH0701214C.htm>
- [334] OMS (Organisation Mondiale de la Santé). International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976. World Health Organisation. Geneva. 1980. 207 p. Report No.:79/4464 – 8000.
- [335] République française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [Internet]. Légifrance du 30 août 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000809647&categorieLien=id>
- [336] AGEFIPH / FIPHP (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes handicapées / Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique). Les personnes handicapées et l'emploi. Chiffres clés [Internet]. Juin 2019 [cité 30 août 2020]. 9 p. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2019-09/CHIFFRE-CLES-2018-AGEFIPH-WEB.pdf>
- [337] Bodon A, Palach JM, Bazin P, Dauvergne R, et al. Les entreprises adaptées. Rapport IGAS. 2016 Sep. 316 p. Report No.: 2016-066R.
- [338] Nahon S, Chamboredon H. L'emploi des salariés handicapés dans les entreprises assujetties du secteur privé en Île-de-France. Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés en Île-de-France. Cahier d'étude n° 3. Pratchis. 2019 Dec. 25 p.
- [339] Gardou C. La société inclusive, de quoi parle-t-on ? *Envie d'école*. 2017;89:1-9.
- [340] Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapé. Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) [Internet]. Publié le 23/06/17, mise à jour le 31/07/20 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/prestations/article/allocation-aux-adultes-handicapes-aah>
- [341] Dauphin L, Leveilh A. Le nombre des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés a doublé depuis 1990. DREES. *Etudes et résultats*. 2018 oct,1087:1-6.
- [342] Secrétariat chargé des personnes handicapées. La carte mobilité inclusion (CMI) [Internet]. Publié le 22/06/17, mise à jour le 31/07/20 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/prestations/article/la-carte-mobilite-inclusion-cmi>
- [343] FNATH. Association des accidentés de la vie [Internet]. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.fnath.org/connaitre-la-fnath/notre-mission/>
- [344] APF France Handicap. Être accompagné dans l'emploi [Internet]. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.apf-francehandicap.org/accompagnement-emploi-handicap-2357>
- [345] Handisup. Une association d'aide humaine, d'accompagnement social et d'inclusion, pour soutenir l'autonomie d'enfants et d'étudiants en situation de handicap. [Internet]. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://www.handisup.fr/>
- [346] COMETE France. Dès l'hospitalisation, construire un projet professionnel compatible avec l'état de santé [Internet]. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://www.comete-france.com/>
- [347] Solidarité-santé. Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques [Internet]. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-10/a0100027.htm>
- [348] Psy'Activ. Ensemble pour la santé mentale. Service d'évaluation et d'accompagnement professionnel. <https://psyactiv.fr/service-d-evaluation-et-d-accompagnement-professionnel-27.html>
- [349] République française. Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés [Internet]. Légifrance du 30/08/20 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512481#:~:text=Loi%20n%C2%B0%2087%2D517,emploi%20des%20travailleurs%20handicap%C3%A9s%20%7C%20Legifrance>
- [350] République française. Décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Journal officiel n°104 du 4 mai 2006, p. 6599, texte n°25 [Internet]. Légifrance du 30/08/20 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000814863&dateTexte=&categorieLien=id>
- [351] AGEFIPH. METODIA (Mode d'Emploi Technique de l'Offre d'Intervention Agefiph). Manuel à l'usage des partenaires et des prescripteurs des aides de l'Agefiph. Version actualisée Avril 2017 [Internet]. Publié en avril 2017 [cité 30 août 2020]. 63 p. Disponible sur: [https://crfh-handicap.fr/wp-content/uploads/2017/02/Metodia-Avril-2017\\_version-250417-2.pdf](https://crfh-handicap.fr/wp-content/uploads/2017/02/Metodia-Avril-2017_version-250417-2.pdf)

- [352] AGEFIPH. Aide liée à la Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/aides-handicap/aide-liee-la-reconnaissance-de-la-lourdeur-du-handicap-rlh>
- [353] AGEFIPH. Fiche pratique Réseau des référents handicap. Le tutorat d'un salarié handicapé [Internet]. Avril 2020 [cité 30 août 2020]. 4 p. Disponible sur: [https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2020-04/RRH-FichesPratiques-TutoratSalarie%CC%81Handicape%CC%81\\_10R.pdf](https://www.agefiph.fr/sites/default/files/medias/fichiers/2020-04/RRH-FichesPratiques-TutoratSalarie%CC%81Handicape%CC%81_10R.pdf)
- [354] Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Article 101 [Internet]. Légifrance du 10 août 2016 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000033000280&cidTexte=JORFTEXT000032983213&categorieLien=id>
- [355] GIRPEH. Laboratoire de solutions au service de l'emploi et du handicap. Cap Emploi 44. Cap Emploi, le guichet unique de l'accompagnement vers et dans l'emploi pour les personnes handicapées [Internet]. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.girpeh-asso.fr/cap-emploi/>
- [356] Cap Emploi 49. Handicap, recrutement & Maintien. Notre mission. Ressources handicaps [Internet]. 2019 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [https://www.cap-emploi49.fr/cap-emploi-49/notre-mission/#:~:text=Cap%20emploi%2049%20assure%20,d'Angers%20\(SMIA\).](https://www.cap-emploi49.fr/cap-emploi-49/notre-mission/#:~:text=Cap%20emploi%2049%20assure%20,d'Angers%20(SMIA).)
- [357] Préfet de la région Pays de la Loire. Insertion professionnelle des personnes handicapées en région Pays de la Loire. Diagnostic 2019. Pratchis [Internet] 59 p. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [https://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/TB\\_PDL\\_2019\\_decembre2019.pdf](https://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/TB_PDL_2019_decembre2019.pdf)
- [358] Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés des Pays de la Loire. Tableau de bord [Internet]. Juillet 2017. Pratchis [Internet] 62 p. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [http://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/TB\\_PDL\\_25\\_juillet\\_2017\\_VF.pdf](http://www.prith-paysdelaloire.org/wp-content/uploads/TB_PDL_25_juillet_2017_VF.pdf)
- [359] AFPL (Association des fibromyalgiques des Pays de la Loire). La fibromyalgie [Internet]. 11 p. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://ass-fibromyalgieauquotidien.e-monsite.com/medias/files/livret-fibro.pdf>
- [360] Noyant Villages. Actions solidarité Fibr'Espoir ASFE [Internet]. 2018 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.noyant-villages.fr/association/la-fibromyalgie-grand-anjou-ophelie/>
- [361] Prévention-santé. Fibro'Actions, un combat face à la fibromyalgie [Internet]. Publié le 27/02/15 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.prevention-sante.eu/actus/fibroactions-combat-fibromyalgie>
- [362] Vertou. Espoir Fibromyalgie 44. Permettre aux malades une meilleure qualité de vie avec la pratique d'activités adaptées [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://www.vertou.fr/fr/association/1/23869/espoir-fibromyalgie-44>
- [363] HAS (Haute autorité de santé). Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS. 2011 Oct. 83 p. Report No.: 1.
- [364] Tessier P. Quelle mesure de la qualité de vie pour une étude médico-économique ? Fiche d'économie de la santé N°4. Cellule Innovation. CHU de Nantes. 2018. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/quelle-mesure-de-la-qualite-de-vie-pour-une-etude-medico-economique-vf-21-05-2015\\_1455629518760-pdf?ID\\_FICHE=15054&INLINE=FALSE](https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/quelle-mesure-de-la-qualite-de-vie-pour-une-etude-medico-economique-vf-21-05-2015_1455629518760-pdf?ID_FICHE=15054&INLINE=FALSE)
- [365] Beck ACC, Kieffer JM, Retèl VP, van Overveld LFJ, et al. Mapping the EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 to the EQ-5D for head and neck cancer: Can disease-specific utilities be obtained? *PLoS One*. 2019;14(12):e0226077. Published 2019 Dec 13.
- [366] Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 1997;40(9):1560-1570.
- [367] Assefi NP, Coy TV, Uslan D, Smith WR, et al. Financial, occupational, and personal consequences of disability in patients with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia compared to other fatiguing conditions. *J Rheumatol*. 2003;30(4):804-808.
- [368] Berger A, Dukes E, Martin S, Edelsberg J, et al. Characteristics and healthcare costs of patients with fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pract*. 2007;61(9):1498-1508.
- [369] White LA, Birnbaum HG, Kaltenboeck A, Tang J, et al. Employees with fibromyalgia: medical comorbidity, healthcare costs, and work loss. *J Occup Environ Med*. 2008;50(1):13-24.
- [370] Kleinman N, Harnett J, Melkonian A, Lynch W, et al. Burden of fibromyalgia and comparisons with osteoarthritis in the workforce. *J Occup Environ Med*. 2009;51(12):1384-1393.
- [371] Silverman S, Dukes EM, Johnston SS, Brandenburg NA, et al. The economic burden of fibromyalgia: comparative analysis with rheumatoid arthritis. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(4):829-840.
- [372] Chandran A, Schaefer C, Ryan K, Baik R, et al. The comparative economic burden of mild, moderate, and severe fibromyalgia: results from a retrospective chart review and cross-sectional survey of working-age U.S. adults. *J Manag Care Pharm*. 2012;18(6):415-426.
- [373] Robinson RL, Kroenke K, Mease P, Williams DA, et al. Burden on Illness and Treatment Patterns for Patients with Fibromyalgia. *Pain Medicine*. 2012;13:1366-1376.
- [374] Skaer TL. Fibromyalgia: disease synopsis, medication cost effectiveness and economic burden. *Pharmacoeconomics*. 2014;32(5):457-466.
- [375] Lacasse A, Bourgault P, Choinière M. Fibromyalgia-related costs and loss of productivity: a substantial societal burden. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:168.
- [376] Sicras-Mainar A, Rejas J, Navarro R, Morcillo A, et al. Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study. *Arthritis Res Ther*. 2009;11(2):R54.

- [377] Luciano JV, Forero CG, Cerdà-Lafont M, Penarrubia-Maria MT, et al. Functional Status, Quality of Life, and Costs Associated With Fibromyalgia Subgroups: A Latent Profile Analysis. *Clin J Pain*. 2016;32(10):829-840.
- [378] Lee LK, Ebata N, Hlavacek P, DiBonaventura M, et al. Humanistic and economic burden of fibromyalgia in Japan [published correction appears in *J Pain Res*. 2016 Dec 05;9:1161]. *J Pain Res*. 2016;9:967-978.
- [379] Cabo-Meseguer A, Cerdá-Olmedo G, Trillo-Mata JL. [Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs]. *Med Clin (Barc)*. 2017;149(10):441-448.
- [380] Romeyke T, Noehammer E, Scheuer HC, Stummer H. Severe forms of fibromyalgia with acute exacerbation of pain: costs, comorbidities, and length of stay in inpatient care. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2017;9:317-325.
- [381] Luciano JV, D'Amico F, Feliu-Soler A, McCracken LM, et al. Cost-Utility of Group Acceptance and Commitment Therapy for Fibromyalgia Versus Recommended Drugs: An Economic Analysis Alongside a 6-Month Randomized Controlled Trial Conducted in Spain (EFFIGACT Study). *J Pain*. 2017;18(7):868-880.
- [382] Annemans L, Le Lay K, Taïeb C. Societal and patient burden of fibromyalgia syndrome. *Pharmacoeconomics*. 2009;27(7):547-559.
- [383] Lamotte M, Maugars Y, Le Lay K, Taïeb C. Health economic evaluation of outpatient management of fibromyalgia patients and the costs avoided by diagnosing fibromyalgia in France. *Clin Exp Rheumatol*. 2010;28(6 Suppl 63):S64-S70.
- [384] Winkelmann A, Perrot S, Schaefer C, Ryan K, et al. Impact of fibromyalgia severity on health economic costs: results from a European cross-sectional study. *Appl Health Econ Health Policy*. 2011;9(2):125-136.
- [385] Perrot S, Schaefer C, Knight T, Hufstader M, et al. Societal and individual burden of illness among fibromyalgia patients in France: association between disease severity and OMERACT core domains. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:22.
- [386] Knight T, Schaefer C, Chandran A, Zlateva G, Winkelmann A, Perrot S. Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2013;5:171-180.
- [387] Lötters F, Burdorf A. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain*. 2006;22(2):212-221.
- [388] Patel S, Greasley K, Watson PJ. Barriers to rehabilitation and return to work for unemployed chronic pain patients: a qualitative study. *Eur J Pain*. 2007;11(8):831-840.
- [389] Fassier JB, Petit A, Yven C, Sappey P, et al. Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi. *Douleurs : Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 2014 Feb;15(1):11-19.
- [390] Péliissier C, Fontana L, Chauvin F. Factors influencing return to work after illness in France. *Occup Med (Lond)*. 2014;64(1):56-63.
- [391] Schneider U, Linder R, Verheyen F. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program: evidence from Germany. *Eur J Health Econ*. 2016;17(5):629-643.
- [392] van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(10):CD006955.
- [393] Kho JY, Gaspar MP, Kane PM, Jacoby SM, et al. Prognostic Variables for Patient Return-to-Work Interval Following Carpal Tunnel Release in a Workers' Compensation Population. *Hand (N Y)*. 2017;12(3):246-251.
- [394] Le Gall MJ, Roche-Leboucher G, Dubus V, Roquelaure Y, Petit A. Devenir professionnel à 10 ans des travailleurs lombalgiques chroniques inclus dans un programme associant reconditionnement à l'effort et action de maintien en emploi. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2018;79:358.
- [395] Michel C, Guéné V, Michon E, Roquelaure Y, Petit A. Return to work after rehabilitation in chronic low back pain workers. Does the interprofessional collaboration work?. *J Interprof Care*. 2018;32(4):521-524.
- [396] Suoyrjö H, Oksanen T, Hinkka K, Pentti J, et al. A comparison of two multidisciplinary inpatient rehabilitation programmes for fibromyalgia: a register linkage study on work disability. *J Rehabil Med*. 2009;41(1):66-72.
- [397] Celentano J, Palmaricciotti V, Nyssen AS, Malaise N, et al. Fibromyalgie et lombalgie chronique : étude des facteurs invalidants et facteurs facilitateurs à la réinsertion et au maintien professionnel. *Douleur analg*. 2011;24:46-49.
- [398] Georgeton E. Efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur – Centre de Rééducation Fonctionnelle, sur le retour et le maintien au travail et sur la qualité de vie de 29 patients fibromyalgiques sévères en arrêt de travail depuis plus de 6 mois. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. UFR de Médecine; 2011. 68 p.
- [399] Rivera J, Esteve-Vives J, Vallejo MA, Rejas J; Grupo ICAF. Factors associated with temporary work disability in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int*. 2011;31(11):1471-1477.
- [400] Wolfe F, Walitt BT, Katz RS, Häuser W. Social security work disability and its predictors in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66(9):1354-1363.
- [401] Azoulay D, Perrot S, Costes J, Guérin J, et al. Fibromyalgie et travail. Facteurs associés aux arrêts de travail chez 1870 femmes souffrant de fibromyalgie interrogées en ligne. Communications orales. *Revue du Rhumatisme*. 2016;83S:A96.
- [402] Ahlgren A, Bergroth A, Ekholm J, Schüldt K. Work resumption after vocational rehabilitation: a follow-up two years after completed rehabilitation. *Work*. 2007;28(4):343-354.
- [403] Cougot B, Petit A, Paget C, Tripodi D, et al. Chronic low back pain among French healthcare workers and prognostic factors of return to work (RTW): a non-randomized controlled trial. *J Occup Med Toxicol*. 2015;10:40.
- [404] Nogawa K, Kojimahara N. [Work accommodation at the time of Return-to-Work for workers on sick leave: a qualitative systematic review with recommendations for Return-to-work Guidance 2017]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. 2018;60(3):61-68.

- [405] Liedberg GM, Henriksson CM. Factors of importance for work disability in women with fibromyalgia: an interview study. *Arthritis Rheum*. 2002;47(3):266-274.
- [406] Dobkin PL, Liu A, Abrahamowicz M, Ionescu-Ittu R, et al. Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2010;26(1):23-29.
- [407] HAS (Haute autorité de santé). Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. 2020 May 26. 5 p. Report No.: 1.
- [408] De Chauvigny E. Intérêt de la quantification de la consommation de médicaments dans la prise en charge globale dans la prise en charge globale du patient douloureux chronique. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. UFR de Médecine; 2007.
- [409] Ministère des solidarités et de la santé. Base de données publique des médicaments [Internet]. Mise à jour le 07/08/20 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>
- [410] Article L1121-1/12 du code de la santé publique (Principes généraux relatifs aux recherches impliquant la personne humaine), modifié par l'ordonnance 2016-800 du 16/06/16 – Art. 1 [Internet]. Légifrance du 28 août 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=33604DB07D1AF9337780EBA874E4F180.tplgfr31s\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000032722874&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180118](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=33604DB07D1AF9337780EBA874E4F180.tplgfr31s_2?idSectionTA=LEGISCTA000032722874&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180118)
- [411] CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés). Déclaration. MR 04. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluation dans le domaine de la santé [Internet]. 7 p. Publié le 27/08/20 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/pdf/24550>
- [412] Bossis M. Expériences de patients fibromyalgiques : Perception de la douleur et place du symptôme dans le quotidien. Analyse qualitative d'entretiens semi-directifs menés auprès de 10 patients de Loire Atlantique et de Vendée. 2 approches : celles du récit de maladie et celle de l'analyse lexicographique informatisée. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. UFR de Médecine; 2015.
- [413] DSM-IV TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. France: Masson; 2003. 1120 p.
- [414] Bigo Comte AL. Efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale : Centre de Traitement de la Douleur – Centre de Rééducation Fonctionnelle, sur la qualité de vie et le retour au travail de 33 lombalgiques rebelles en arrêt de travail depuis plus de 6 mois. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. UFR de Médecine; 2010. 96 p.
- [415] Torres X, Collado A, Arias A, Peri JM, et al. Pain locus of control predicts return to work among Spanish fibromyalgia patients after completion of a multidisciplinary pain program. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):137-145.
- [416] INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Insee Références. Niveau d'éducation de la population. 2 p. Publié en 2016 [cité 13 septembre 2020]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492222/FPORSOC16m5\\_F5.5\\_education.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2492222/FPORSOC16m5_F5.5_education.pdf)
- [417] Golvan C. Evaluation de la mise en place d'un programme d'Education Thérapeutique Médicamenteuse au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes. Analyse de la satisfaction chez 31 patients. Perspectives d'amélioration du programme et de son outil d'évaluation. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. UFR de Pharmacie; 2012. 158 p.
- [418] Cottin E. Evaluation quantitative et qualitative de l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique du Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur du CHU de Nantes. Etude sur 50 patients douloureux chroniques. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes. UFR de Pharmacie; 2014. 189 p.
- [419] AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées). Lexique. L'AGEFIPH vous propose ce lexique, pour vous aider dans vos recherches. Publié le 19/03/19 [cité 15 septembre 2020]. Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/articles/article/lexique>

## VII – Annexes

### Annexe 1 : Liste des abréviations

<b>AAD</b>	Aide à domicile
<b>AAH</b>	Allocation adulte handicapé
<b>ACCRE</b>	Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise
<b>ACI</b>	Ateliers et chantiers d'insertion
<b>ACR</b>	<i>American College of Rheumatology</i>
<b>ACRE</b>	Aide aux créateurs ou repreneurs d'entreprise
<b>Add°</b>	Addiction
<b>ADT</b>	Antidépresseur tricyclique
<b>AFC</b>	Allocation de formation conventionnée
<b>AFPA</b>	Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes
<b>AFPL</b>	Association des fibromyalgiques des Pays de la Loire
<b>AFPR</b>	Aide à la formation préalable au recrutement
<b>AGEFIPH</b>	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
<b>AGEPI</b>	Aide à la garde d'enfants pour parents isolés
<b>AIF</b>	Aide individuelle à la formation
<b>AIT</b>	Allocation d'invalidité temporaire
<b>ALD</b>	Affection longue durée
<b>AMM</b>	Autorisation de mise sur le marché
<b>Amp</b>	Ampoule
<b>AMT</b>	Action en milieu du travail
<b>ANACT</b>	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>ANM</b>	Académie nationale de médecine
<b>ANPE</b>	Agence nationale pour l'emploi
<b>ANSES</b>	Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail
<b>ANSM</b>	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
<b>Anti-H<sub>1</sub></b>	Antagoniste des récepteurs à l'histamine H1
<b>Anti-5HT<sub>3</sub></b>	Antagoniste des récepteurs à la sérotonine 5-HT <sub>3</sub> (5-hydroxytryptophane 3)
<b>Anti-HTA</b>	Antihypertenseur
<b>AP</b>	Atelier protégé
<b>APA</b>	Activité physique adaptée
<b>APF</b>	Association des paralysés de France
<b>ARCE</b>	Aide à la reprise ou à la création d'entreprise
<b>ARE</b>	Aide au retour à l'emploi
<b>AREF</b>	Aide au retour à l'emploi formation
<b>ARPIJ</b>	Action de remobilisation professionnelle en période d'indemnités journalières
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASFE</b>	Actions solidarité Fibr'Espoir
<b>ASI</b>	Allocation supplémentaire d'invalidité
<b>ASP</b>	Allocation de sécurisation professionnelle
<b>ASS</b>	Allocation de solidarité spécifique
<b>ASS</b>	Assistant de service social
<b>ASSEDIC</b>	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
<b>ASST</b>	Assistant en santé et sécurité au travail
<b>AT/MP</b>	Accident du travail / Maladie professionnelle
<b>ATCD</b>	Antécédents
<b>ATI</b>	Allocation temporaire d'invalidité
<b>ATPO</b>	Anticorps antiperoxydase

<b>ATV</b>	Aire tegmentale ventrale
<b>AUDIT</b>	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (Test d'identification des troubles liés à l'alcool)
<b>B</b>	Coefficient de régression
<b>BDC</b>	Bilan de compétences
<b>BDI</b>	<i>Beck Depression Inventory</i> (Echelle de dépression de BECK)
<b>BEP</b>	Brevet d'études professionnelles
<b>BOE</b>	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
<b>BTP</b>	Bâtiments et travaux publics
<b>BTS</b>	Brevet de technicien supérieur
<b>BZD</b>	Benzodiazépines
<b>BZDa</b>	Molécules apparentées aux benzodiazépines
<b>BZDf</b>	Benzodiazépines fortement dosées (au-delà de la moitié de la marge thérapeutique)
<b>BZDi</b>	Benzodiazépines à dose infra-thérapeutique
<b>BZDn</b>	Benzodiazépines <i>stricto sensu</i> normodosées
<b>CAF</b>	Caisse d'allocations familiales
<b>CAP</b>	Certificat d'aptitude professionnelle
<b>CAPE</b>	Contrat d'appui au projet d'entreprise
<b>CARSAT</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CAST</b>	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i> (Test de dépistage de l'abus de cannabis)
<b>CAT</b>	<i>Centre d'aide par le travail</i>
<b>CCAS</b>	Centre communal d'action sociale
<b>CDA</b>	Consommation déclarée d'alcool
<b>CDD</b>	Contrat à durée déterminée
<b>CDI</b>	Contrat à durée indéterminée
<b>CDME</b>	Cellule départementale de maintien en emploi
<b>CDTLD</b>	Chômeur de très longue durée
<b>CEIP</b>	Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacovigilance
<b>CEREES</b>	Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé
<b>CESU</b>	Chèque emploi service universel
<b>CETD</b>	Centre d'évaluation et de traitement de la douleur
<b>CDG</b>	Centre de gestion
<b>CFA</b>	Centre de formation d'apprentis (enseignements en alternance)
<b>CHC / SSC</b>	<i>Central Sensitization Syndrome</i> (Syndrome de sensibilisation centrale)
<b>CHD</b>	Classification hiérarchique descendante
<b>CHSCT</b>	Comité d'hygiène de la sécurité et des conditions de travail
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIBC</b>	Centre interinstitutionnel de bilan de compétences
<b>CIF</b>	Congé individuel de formation
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies
<b>CIO</b>	Centre d'information de d'orientation
<b>CLD</b>	Congé longue durée
<b>CLM</b>	Congé longue maladie
<b>CMI</b>	Carte mobilité inclusion
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CNAM</b>	Conservatoire national des arts et métiers
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>CNASEA</b>	Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
<b>CNED</b>	Centre national d'enseignement à distance
<b>CNIL</b>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<b>COMETE</b>	Communication et tremplin vers l'emploi
<b>COTOREP</b>	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
<b>COX2</b>	Inhibiteur de la cyclooxygénase 2

<b>cp</b>	Comprimé
<b>CPAM</b>	Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CPCI</b>	<i>Chronic Pain Coping Inventory</i> (Inventaire coping douleurs chroniques)
<b>CPDP</b>	Cellule de prévention de la désinsertion professionnelle
<b>CPP</b>	Comité de protection des personnes
<b>CPPE</b>	Centre consultations de pathologies professionnelles et environnementales
<b>CPF</b>	Compte personnel de formation
<b>CPO</b>	Centre de pré-orientation
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CReSERC</b>	Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et remédiation cognitive
<b>CRF</b>	Centre de rééducation fonctionnelle
<b>CRP</b>	Centre de réadaptation professionnelle
<b>CRPE</b>	Contrat de rééducation professionnelle en entreprise
<b>CSE</b>	Comité social et économique
<b>CSP</b>	Catégories socio-professionnelles
<b>CSP</b>	Contrat de sécurisation professionnelle
<b>CSQ</b>	<i>Coping Strategy Questionnaire</i>
<b>CSSCT</b>	Commission santé sécurité et condition de travail
<b>CTME</b>	Cellule technique de maintien en emploi
<b>CTT</b>	Contrat de travail temporaire (intérim)
<b>CUI-CAE</b>	Contrat unique d'insertion – Contrat d'accompagnement dans l'emploi
<b>CUI-CIE</b>	Contrat unique d'insertion – Contrat initiative emploi
<b>25-OH-D3</b>	Vitamine D (25-hydroxycholecalciférol)
<b>D2</b>	Récepteur dopaminergique D2
<b>DARES</b>	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
<b>DCNC</b>	Douleurs chroniques non cancéreuses
<b>DDS</b>	Distance doigts-sol
<b>DEFI</b>	<i>Determination of Epidemiology of Fibromyalgia</i>
<b>DESS</b>	Diplôme d'études supérieures spécialisées
<b>DETA</b>	Diminuer, Entourage, Trop, Alcool
<b>DETH</b>	Demandeur d'emploi travailleur handicapé
<b>DEUG</b>	Diplôme d'études universitaires générales
<b>DHOS</b>	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
<b>DIF</b>	Droit individuel à la formation
<b>DG</b>	Traitement dépendogène
<b>DGNR</b>	Affection dégénérative liée à l'arthrose
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DIRECCTE</b>	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
<b>DN4</b>	Douleurs neuropathiques
<b>DO</b>	Disponibilité d'office
<b>DP</b>	Délégué du personnel
<b>DP</b>	<i>Dependency Producing</i> (inducteur de dépendance)
<b>DRCI</b>	Direction de la recherche clinique et de l'innovation
<b>DSM-5</b>	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Version 5)
<b>DUT</b>	Diplôme universitaire de technologie
<b>DXP</b>	Dextropropoxyphène
<b>EA</b>	Entreprise adaptée
<b>EBM</b>	<i>Evidence Based Medicine</i> (Médecine fondée sur des preuves)
<b>EhI</b>	Maladie d'Ehlers-Danlos
<b>EDM</b>	Episode dépressif majeur
<b>EDP</b>	Etude de poste

<b>EdV</b>	Événement de vie négatif potentiellement traumatique
<b>EHPAD</b>	Etablissements d'hébergements des personnes âgées dépendantes
<b>EI</b>	Effets indésirables
<b>EIFEL</b>	Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies
<b>ELFE</b>	<i>European List for fibromyalgia Evaluation</i> (Liste européenne pour l'évaluation de la FM)
<b>EMG</b>	Electromyogramme
<b>ENIM</b>	Etablissement national des invalides de la marine
<b>EPAAST</b>	Etude préalable à l'adaptation et à l'aménagement des situations de travail
<b>ERiC</b>	Unité évaluation médicale et risques cliniques
<b>ESAT</b>	Etablissement et service d'aide par le travail
<b>ES.B</b>	Erreur standard du coefficient de régression
<b>ES.cte</b>	Erreur standard de la constante
<b>ESSS</b>	<i>Emotional Satisfaction - Social Support Scale</i> /Echelle de soutien social - Satisfaction émotionnelle
<b>EST</b>	Equipe en santé au travail
<b>ETP</b>	Education thérapeutique
<b>EULAR</b>	European League Against Rheumatism (Ligue européenne contre le rhumatisme)
<b>EVA</b>	Echelle visuelle analogique
<b>EVA-G</b>	EVA Globale
<b>EVA-S</b>	EVA Sommeil
<b>EVA-F</b>	EVA Fonction
<b>F</b>	Test exact de FISHER
<b>FABQ</b>	<i>Fear Avoidance Beliefs Questionnaire</i> (peurs, croyances et appréhension / évitement)
<b>FABQ-P</b>	FABQ Physique
<b>FABQ-T</b>	FABQ Travail
<b>FACE</b>	<i>Fast Alcohol Consumption Evaluation</i> (Evaluation rapide de la consommation d'alcool)
<b>FINESS</b>	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>FIPHFP</b>	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
<b>FIQ</b>	<i>Fibromyalgia Impact Questionnaire</i> (Questionnaire sur l'impact de la fibromyalgie)
<b>FM</b>	Fibromyalgie
<b>FNATH</b>	Fédération nationale des accidentés de la vie et travailleurs handicapés
<b>FONGECIF</b>	Fonds de gestion des congés individuels de formation
<b>FPC</b>	Formation professionnelle continue
<b>FPE</b>	Fonction publique d'Etat
<b>FPH</b>	Fonction publique hospitalière
<b>FPT</b>	Fonction publique territoriale
<b>GABAε</b>	Gabaergique
<b>GEIQ</b>	Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification
<b>GNEDS</b>	Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé
<b>GRETA</b>	Groupement d'établissements publics locaux d'enseignements (en formation continue)
<b>GEM</b>	Groupe d'entraide mutuelle
<b>GS</b>	Syndrome de GOUGEROT-SJÖGREN
<b>HAD</b>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (Echelle d'anxiété et de dépression)
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HDRS</b>	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i> (Echelle de dépression de HAMILTON)
<b>HR</b>	<i>Hazard ratio</i> (effet d'une variable dans la survenue d'un événement, en analyse de survie)
<b>IAE</b>	Insertion par l'activité économique
<b>IASP</b>	Association internationale pour l'étude de la douleur
<b>IC / CI</b>	Intervalle de confiance (à 95%) / <i>Confidence Interval</i>
<b>ICAF</b>	<i>Combined Index of Fibromyalgia Severity</i> (Indice combiné de la sévérité de la fibromyalgie)
<b>ICER</b>	<i>Incremental cost-effectiveness ratio</i> (Rapport coût-efficacité différentiel)
<b>IDEST</b>	Infirmier diplômé en santé au travail
<b>IDR</b>	Indemnité différentielle de reclassement

<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>IJ(SS)</b>	Indemnités journalières (de la Sécurité sociale)
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>INERIS</b>	Institut national de l'environnement industriel et des risques
<b>INRS</b>	Institut national de recherche et de sécurité
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>InVS</b>	Institut national de veille sanitaire
<b>IPP</b>	Incapacité permanente partielle
<b>IRM (f)</b>	Imagerie par résonance magnétique nucléaire (fonctionnelle)
<b>IPRP</b>	Intervenant en prévention des risques professionnels
<b>IRSN</b>	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
<b>I(S)RS</b>	Inhibiteur (sélectif) de la recapture de la sérotonine
<b>IRSNA</b>	Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
$\chi^2$	Khi-deux
<b>LED</b>	Lupus érythémateux disséminé
<b>LFESSQ</b>	<i>London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire</i>
<b>LT</b>	Leucotriènes
<b>MDA</b>	Maison de l'autonomie
<b>MADRS</b>	<i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i> (Echelle de dépression de MONTGOMERY)
<b>MAI</b>	Maladie auto-immune
<b>MASQ</b>	<i>Multiple Ability Self-report Questionnaire</i> (Auto-questionnaire des capacités multiples)
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes handicapées
<b>MDE/MEE</b>	Maintien dans l'emploi / Maintien en emploi
<b>MdT</b>	Médecin du travail
<b>MFI</b>	<i>Multidimensional Fatigue Inventory</i> (Inventaire multidimensionnel de la fatigue)
<b>MLI</b>	Mission locale d'insertion
<b>MMPI</b>	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i> (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota)
<b>MO</b>	Maladie ordinaire
<b>MOAIJ</b>	Module d'orientation approfondie pour des assurés en indemnités journalières
<b>MOR</b>	Mouvements oculaires rapides
<b>MP</b>	Maladie professionnelle
<b>MPR</b>	Médecine physique et réadaptation
<b>MQS/QCM</b>	<i>Medication Quantification Scale</i> / Quantification de la consommation médicamenteuse
<b>MSA</b>	Mutuelle sociale agricole
<b>MUPS</b>	<i>Medically Unexplicated Physical Symptoms</i> (Symptômes physiques médicalement inexpliqués)
<b>n</b>	Effectif
<b>n S</b>	Effectif des segments comportant des formes actives intra-classes
<b>n T</b>	Effectif des segments présentant des formes actives dans le corpus entier
<b>NACRE</b>	Nouvel accompagnement aux créateurs ou repreneurs d'entreprise
<b>NDP</b>	<i>Non Dependency Producing</i> (non inducteur de dépendance)
<b>NHP</b>	<i>Nottingham Health Profil</i> (Profil de santé de Nottingham : santé perceptuelle)
<b>NIDA</b>	<i>National Institute of Drug Abuse</i> (Institut national sur l'abus des drogues)
<b>NZD</b>	Nombre de zones douloureuses
<b>OETH</b>	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>OPACIF</b>	Organisme paritaire au titre du congé individuel de formation
<b>OPCA</b>	Organismes paritaires collecteurs agréés
<b>OPCO</b>	Opérateurs de compétences
<b>OPPBT</b>	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
<b>OPS</b>	Organisme de placement spécialisé
<b>OR</b>	<i>Odds Ratio</i> (Rapport des cotes)
<b>ORP</b>	Orientation professionnelle (en milieu ordinaire)

<b>ORS</b>	Observatoire régional de la santé
<b>p</b>	Significativité
<b>PACD</b>	Poste adapté de courte durée
<b>PAIO</b>	Permanence d'accueil d'information et d'orientation
<b>PAL 2/3</b>	Palier 2 / 3
<b>PARP</b>	Préparation et accompagnement de la réinsertion professionnelle
<b>PCH</b>	Prestation de compensation de handicap
<b>PCS</b>	Professions et catégories socioprofessionnelles
<b>PdM</b>	Périmètre de marche
<b>PDP</b>	Prévention de la désinsertion professionnelle
<b>PES</b>	Protocole d'examen spécial
<b>PG</b>	Prostaglandines
<b>PGIC</b>	<i>Patient Global Impression of Change</i> (Impression globale de changements)
<b>PHP</b>	Prestation handicap projet
<b>PLIE</b>	Plan local pour l'insertion et l'emploi
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>PMSMP</b>	Période de mise en situation en milieu professionnel
<b>POE</b>	Préparation opérationnelle à l'emploi
<b>PPR</b>	Pseudo-polyarthrite rhizomélique
<b>PR</b>	Polyarthrite rhumatoïde
<b>PRITH</b>	Plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
<b>PRST-3</b>	Programme régional de santé au travail 3 (2016-2020)
<b>PSOP</b>	Prestation spécifique orientation professionnelle
<b>PSS</b>	Prestation spécifique ponctuelle
<b>PTH</b>	Parathormone
<b>ΨTr</b>	Psychotraumatisme
<b>QALY</b>	<i>Quality-adjusted life year</i> (année de vie pondérée par la qualité)
<b>QAQ</b>	<i>Quantitative Analgesic Questionnaire</i> (Questionnaire de quantification des analgésiques)
<b>QCD</b>	Questionnaire concis des douleurs
<b>QDSA</b>	Questionnaire douleur de Saint-Antoine
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>rs</b>	Coefficient de corrélation de SPEARMAN
<b>R<sup>2</sup></b>	R-deux (coefficient de détermination)
<b>RCP</b>	Résumé des caractéristiques du produit
<b>RFF</b>	Rémunération de fin de formation
<b>RFPE</b>	Rémunération des formations de Pôle Emploi
<b>RG</b>	Régime général
<b>RGPD</b>	Règlement général sur la protection des données
<b>RIC</b>	Rhumatisme inflammatoire chronique
<b>RMI</b>	Revenu minimum d'insertion
<b>RNI</b>	Recherche non interventionnelle
<b>ROME</b>	Répertoire opérationnel des métiers et emplois
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
<b>RLH</b>	Reconnaissance de la lourdeur du handicap
<b>RNI</b>	Recherche non interventionnelle
<b>RPR</b>	Reprise
<b>RPS</b>	Risques psychosociaux
<b>RR</b>	Risque relatif
<b>RRH</b>	Référent du réseau handicap
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>RSI</b>	Régime social des indépendants
<b>RSSI</b>	Responsable de la sécurité du système d'informations

<b>RST</b>	Regroupement de segments de texte
<b>RTL</b>	Reprise de travail léger
<b>RTW</b>	<i>Return To Work</i> (Retour au travail)
<b>RUM</b>	Résumé d'unité médicale
<b>SAA</b>	Spondylarthrite ankylosante
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>SAMETH</b>	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SB</b>	Si besoin
<b>SC</b>	Sous-cutanée
<b>SDRC</b>	Syndrome douloureux régional complexe
<b>SEAP</b>	Service d'évaluation et d'accompagnement professionnel
<b>SEME</b>	Service d'évaluation médicale et d'épidémiologie
<b>SEP</b>	Sclérose en plaques
<b>SF-36</b>	<i>Medical Outcome Study Short Form 36 Item Health Survey</i> (Questionnaire abrégé)
<b>SFETD</b>	Société française d'étude et de traitement de la douleur
<b>SIA</b>	Suivi individuel adapté
<b>SIR</b>	Suivi individuel renforcé
<b>Sig</b>	Significativité
<b>SM</b>	Secrétaire médicale
<b>SMIC</b>	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
<b>SN</b>	Syndrome néphrotique
<b>SNIIRAM</b>	Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie
<b>SPF</b>	Santé publique France
<b>SPID</b>	Syndrome polyalgique diffus
<b>SPRO</b>	Service public régional de l'orientation
<b>SSR</b>	Soins de suite et de réadaptation
<b>SSS</b>	<i>Symptom Severity Score</i> (Score de l'échelle de sévérité des symptômes)
<b>SST</b>	Service de santé au travail
<b>STAI</b>	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (Questionnaire d'anxiété états-traits)
<b>SUIO</b>	Service universitaire d'information et d'orientation
<b>t</b>	Test t de STUDENT
<b>TENS</b>	<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i> (Neurostimulation électrique transcutanée)
<b>TIC</b>	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
<b>TMS</b>	Troubles musculosquelettiques
<b>TPE / PME</b>	Très petites entreprises / Petites et moyennes entreprises
<b>TPT</b>	Temps partiel thérapeutique
<b>ttt</b>	Traitement
<b>U</b>	Test U de MANN-WHITNEY (Test de la somme des rangs de WILCOXON)
<b>UEROS</b>	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle
<b>UNEDIC</b>	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie du commerce
<b>URSSAF</b>	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
<b>VAE</b>	Validation des acquis et de l'expérience
<b>VE</b>	Visite d'embauche
<b>VIP</b>	Visite d'information et de prévention
<b>VO</b>	Visite occasionnelle
<b>VR</b>	Visite de reprise
<b>VPR</b>	Visite de pré-reprise
<b>W</b>	Travail
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organisation Quality of Life</i> (Questionnaire qualité de vie de l'OMS)
<b>WPI</b>	<i>Widespread Pain Index</i> (Index de douleurs généralisées)

## Annexe 2 : Critères ACR 2010 et 2016

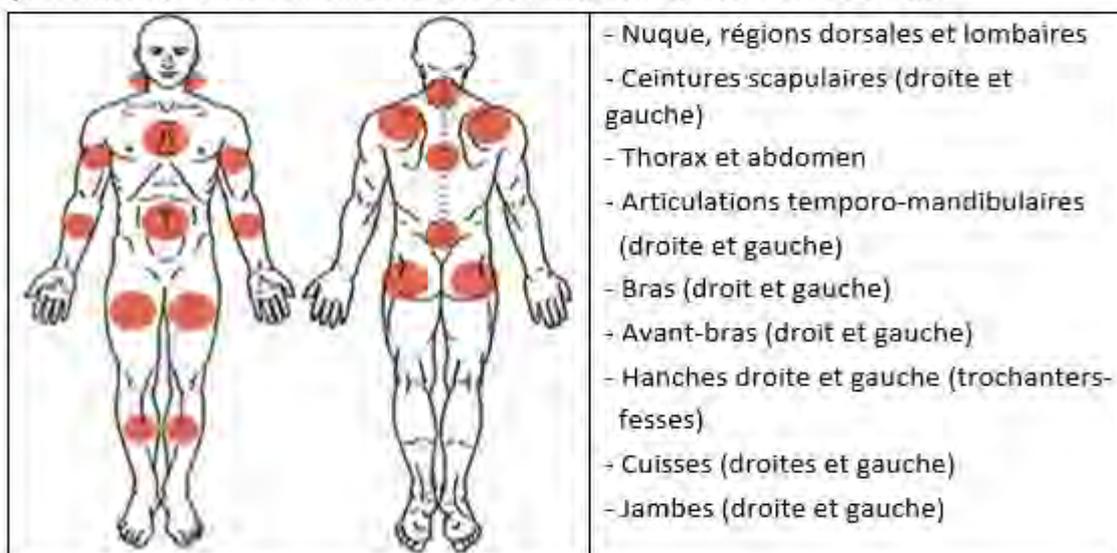
### Critères ACR 2010 :

Un patient satisfait aux critères de diagnostic, lorsqu'il remplit les 3 conditions suivantes :

- Présence des symptômes douloureux depuis au moins 3 mois,
- Index de la douleur généralisée (Widespread Pain index)  $\geq 7$  et échelle de sévérité des symptômes  $\geq 5$ , ou index de la douleur de 3 à 6 et échelle de sévérité des symptômes  $\geq 9$ ,
- Elimination de toute autre cause des douleurs chroniques ostéo-articulaires.

### Constatation :

- **Zones douloureuses (WPI) : il faut comptabiliser le nombre de zones douloureuses présentes durant la semaine avant la consultation. Le score est de 0 à 19.**



- **Echelle de sévérité des symptômes (SSS) : ces 4 symptômes sont cotés chacun de 0 à 3**

<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Fatigue</b></li> <li>o <b>Troubles du sommeil</b></li> <li>o <b>Troubles cognitifs</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 : Pas de problème</li> <li>1 : Très légers</li> <li>2 : Modérés</li> <li>3 : Sévères</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Symptômes somatiques</b> : douleur musculaire, syndrome du côlon irritable, troubles de la mémoire, faiblesse musculaire, mal de tête, douleur/crampes à l'abdomen, engourdissements/picotements, vertiges, insomnie, dépression, constipation, douleur dans le haut de l'abdomen, nausées, nervosité, douleur à la poitrine, vision floue, fièvre, diarrhée, bouche sèche, démangeaisons, respiration sifflante, phénomène de Raynaud, urticaire, traces cutanées, sifflements dans les oreilles, vomissements, brûlures d'estomac, ulcères buccaux, perte ou changement du goût, convulsions, yeux secs, essoufflement, perte d'appétit, éruption, sensibilité au soleil, audition difficile, ecchymoses, perte de cheveux, besoin fréquent d'uriner, miction douloureuse et spasmes de la vessie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 : Aucune symptôme</li> <li>1 : Peu de symptômes</li> <li>2 : Nombre modéré de symptômes</li> <li>3 : Nombreux symptômes</li> </ul>

### Critères ACR 2016 :

- **WPI  $\geq 7$  et SSS  $\geq 5$  ;**
- **Ou WPI de 4 à 6 et SSS  $\geq 9$ .**

## Annexe 3 : QCD et DN4

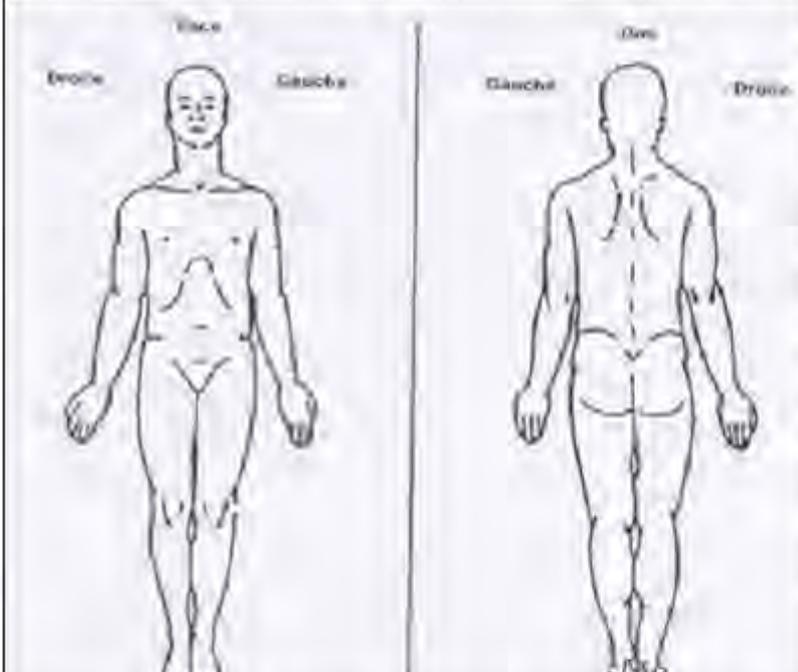
### A) QCD (Questionnaire concis de la douleur)

- 1) Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents) : au cours des 8 derniers jours, avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleur « familière » ?

Oui  Non

*Si vous avez répondu « Non » à la dernière question, il n'est pas utile de répondre aux questions suivantes. Merci pour votre participation.*

- 2) Indiquez sur ce tableau où se trouve votre douleur en noircissant la zone.

	<p>Mettez sur le dessin un « S » pour une douleur près de la surface de votre corps ou un « P » pour une douleur plus profonde dans le corps.</p> <p>Mettez aussi un « I » à l'endroit où vous ressentez la douleur la plus intense.</p>
--	--

- 3) SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur la plus intense que vous avez ressentie au cours des 24 dernières heures.

Pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

- 4) SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie au cours des 24 dernières heures.

Pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

- 5) SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en général.

Pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

- 6) SVP, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en ce moment.

Pas de douleur 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer

- 7) Quels traitements suivez-vous ou quels médicaments prenez-vous contre la douleur ?

---

- 8) La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ?

**9) Echelle du retentissement de la douleur sur le comportement quotidien :**

Pour chacune des questions suivantes, entourez le chiffre qui décrit le mieux comment, la semaine dernière, la douleur a gêné votre :

**A) Activité générale**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**B) Humeur**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**C) Capacité à marcher**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**D) Travail habituel**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**E) Relation avec les autres**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**F) Sommeil**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**G) Goût de vivre**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ne gêne pas									Gêne complètement	

**B) DN4 (Questionnaire sur les douleurs neuropathiques) : probables si DN4 ≥ 4**

**Question 1 :** la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	non
1. Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 2 :** la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 3 :** la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 4 :** la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 4 : Dépendance et addiction

### **Définition du syndrome de dépendance, selon la CIM-10 (1992)**

**Au moins trois des manifestations suivantes** ont persisté conjointement pendant au moins un mois, ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de douze mois :

- 1) **Désir puissant ou compulsif** d'utiliser une substance psychoactive,
- 2) **Altération de la capacité à contrôler** l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation, comme en témoigne le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que le sujet avait envisagé, ou par un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation,
- 3) **Survenue d'un syndrome de sevrage physiologique** quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance (ou d'une substance similaire) dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage,
- 4) **Mise en évidence d'une tolérance** aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose,
- 5) **Préoccupation par l'utilisation de la substance**, comme en témoigne le fait que d'autres plaisirs ou intérêts importants sont abandonnés ou réduits en raison de l'utilisation de la substance, ou qu'un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ces effets,
- 6) **Poursuite de la consommation de la substance psychoactive** malgré la présence manifeste de conséquences nocives comme en témoigne la poursuite de la consommation malgré le fait que le sujet est effectivement conscient de la nature et de la gravité des effets nocifs, ou qu'il devrait l'être.

### **Définition critérielle de la dépendance, selon le DSM-IV TR (2000) [413]**

**Mode d'utilisation inappropriée d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de 12 mois :**

- 1) **Existence d'une tolérance**, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
  - Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance,
- 2) **Existence d'un syndrome de sevrage**, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance,
  - La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage,
- 3) **Substance souvent prise en quantité supérieure** ou sur un temps plus long que prévu,
- 4) **Désir persistant ou efforts infructueux**, pour réduire l'utilisation de la substance,
- 5) **Temps considérable passé** à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ces effets,
- 6) **D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées** ou réduites en raison de l'utilisation de la substance,
- 7) **Poursuite de l'utilisation de la substance**, malgré l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

### **Définition opératoire de l'addiction, selon GOODMAN (1990)**

- 1) **Echecs répétés** de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- 2) **Sentiment de tension** augmentant avant de débiter le comportement.
- 3) **Sentiment de plaisir ou de soulagement** en entreprenant le comportement.
- 4) **Sentiment de perte de contrôle** pendant la réalisation du comportement.
- 5) **Au moins 5 des 9 items suivants :**
  - **Fréquentes préoccupations** liées au comportement ou à sa préparation,
  - **Fréquence du comportement** plus important ou sur une période plus longue que prévue,
  - **Efforts répétés** pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement,
  - **Importante perte de temps** à préparer, réaliser ou récupérer des effets du comportement,
  - **Réalisation fréquente du comportement** lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies,
  - **Abandon ou réduction d'importantes activités** sociales, occupationnelles, ou de loisir, en raison du comportement,
  - **Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes** sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents,
  - **Tolérance** : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré, ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité,
  - **Agitation ou irritabilité** si le comportement ne peut être poursuivi.
- 6) **Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois**, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

### **Place de l'addiction parmi les entités nosographiques, dans le DSM-5 (2015)**

*Dans le chapitre « Troubles liés à une substance et troubles addictifs », il est fait allusion aux « substances addictives », tout en précisant dans le cadre des « troubles de l'usage d'une substance » : « Certains cliniciens choisiront d'utiliser le mot addiction pour décrire des tableaux plus extrêmes, mais le mot ne figure pas dans la terminologie diagnostique officielle du trouble de l'usage d'une substance du DSM-5 du fait de sa définition incertaine et de sa connotation potentiellement négative ».*

#### **Trouble de l'usage d'une substance :**

**Mode d'usage problématique d'une substance conduisant une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence**

**d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :**

- 1) **Substance prise en quantité plus importante** ou sur une période plus prolongée que prévue,
- 2) **Désir persistant, ou efforts infructueux**, pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance,
- 3) **Beaucoup de temps est passé** à des activités nécessaires pour obtenir la substance, l'utiliser, ou récupérer de ses effets,
- 4) **Envie impérieuse (craving)**, fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance,
- 5) **Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures**, au travail, à l'école, ou à la maison,
- 6) **Usage continu de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux**, persistants ou récurrents, causé ou exacerbés par les effets de la substance,
- 7) **Abandon ou réduction des activités** sociales, professionnelles, ou de loisir,
- 8) **Usage répété de la substance dans les situations ou cela peut être physiquement dangereux**,
- 9) **Usage poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique** persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé par l'usage de la substance,
- 10) **Tolérance**, définie par l'un des éléments suivants : sauf si prise sous surveillance médicale
  - **Besoin de quantité notablement plus fortes** pour obtenir l'effet désiré,
  - **Effet notablement diminué** en cas d'usage continu de la même quantité de substance,
- 11) **Sevrage** caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
  - **Syndrome de sevrage caractéristique** de la substance,
  - **Prise de la substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.**

## Annexe 5 : HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*)

### Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

#### 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

#### 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

#### 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

#### 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

#### 5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

#### 6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

#### 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

#### 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

#### 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

#### 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

#### 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

#### 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

#### 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

#### 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

## Annexes 6 et 7 : FIQ et EIFEL

### FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*)

1) Durant la semaine, pouvez-vous :

	Toujours (0)	Souvent (1)	Parfois (2)	Jamais (3)
1 – Faire le marché				
2 – Faire la lessive				
3 – Faire la cuisine				
4 – Faire la vaisselle				
5 – Passer l'aspirateur				
6 – Faire les lits				
7 – Marcher plus d'un kilomètre				
8 – Visiter des amis				
9 – Faire du jardinage				
10 – Conduire une voiture				

<p>2) Sur les 7 derniers jours, combien de jours étiez-vous bien ? (de 0 à 7)</p> <p>3) Combien de jours sur les 7 derniers, vous êtes-vous absenté du travail ? (de 0 à 7)</p> <p>4) Quand vous travaillez, combien la douleur vous gêne-t-elle dans votre travail ? (de 0 à 10)</p> <p>5) Quel était votre degré de douleur ? (de 0 à 10)</p> <p>6) Quel était votre degré de fatigue ? (de 0 à 10)</p> <p>7) Comment vous sentiez-vous au lever le matin ? (de 0 à 10)</p> <p>8) Quel était votre degré de raideur ? (de 0 à 10)</p> <p>9) Quel était votre degré de tension et d'anxiété ? (de 0 à 10)</p> <p>10) Quel était votre degré de dépression ? (de 0 à 10)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Mode de calcul</b></p> <p><b>Item 1</b> (Fonction) : multiplier par 3,33 la moyenne des réponses de 0 à 3.</p> <p><b>Items 2</b> (Bien être) : soustraire le chiffre annoncé à 7 et le multiplier par 1,43.</p> <p><b>Item 3</b> (Travail manqué) : multiplier le chiffre annoncé par 1,43.</p> <p><b>Item 4 à 10</b> (Travail effectué, Douleur, Fatigue, Repos, Raideur, Anxiété, Dépression) : noter le chiffre entre 0 et 10</p> <p><b>Score global</b> (de 0 à 100) : additionner les sous-scores.</p>
--	---

### EIFEL (Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies)

Quand vous lirez une phrase qui correspond à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-là :

- 1 – Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos.
- 2 – Je change souvent de position pour soulager mon dos.
- 3 – Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos.
- 4 – A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison.
- 5 – A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers.
- 6 – A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer.
- 7 – A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil.
- 8 – A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place.
- 9 – A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude.
- 10 – Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos.
- 11 – A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller.
- 12 – A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise.
- 13 – J'ai mal au dos la plupart du temps.
- 14 – A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit.
- 15 – J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos.
- 16 – A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants).
- 17 – Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos.
- 18 – Je dors moins à cause de mon mal de dos.
- 19 – A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller.
- 20 – A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée.
- 21 – A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison.
- 22 – A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens.
- 23 – A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude.
- 24 – A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps.

**Interprétation** : Plus le score est important, plus la lombalgie a un retentissement fonctionnel

## Annexe 8 : FABQ (*Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*)

### QUESTIONNAIRE SUR LA NOTION D'APPRÉHENSION – ÉVITEMENT

Voici des notions que d'autres patients ont exprimées au sujet de la douleur. Pour chaque affirmation veuillez **entourer un chiffre de 0 à 6** pour indiquer combien les activités physiques telles que se pencher, soulever, marcher, conduire, influent ou pourraient influencer sur votre mal de dos. Entre 0 et 6, le chiffre que vous entourez exprimera le degré d'accord ou de désaccord avec la proposition.

	Désaccord total		Incertain				Accord total	
Ma douleur a été provoquée par l'activité physique	0	1	2	3	4	5	6	
L'activité physique pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6	
L'activité physique aggrave ma douleur	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne devrais pas faire d'activités physiques lesquelles aggravent ma douleur	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne peux pas faire d'activités physiques lesquelles pourraient aggraver ma douleur	0	1	2	3	4	5	6	

Les affirmations suivantes concernent la manière dont votre travail influe ou pourrait influencer sur votre mal de dos.

	Désaccord total		Incertain				Accord total	
La douleur a été provoquée par mon travail ou par un accident du travail	0	1	2	3	4	5	6	
Mon travail a aggravé ma douleur	0	1	2	3	4	5	6	
J'ai droit à une indemnisation pour ma douleur	0	1	2	3	4	5	6	
Mon travail est trop dur pour moi	0	1	2	3	4	5	6	
Mon travail augmente ou pourrait augmenter mes douleurs	0	1	2	3	4	5	6	
Mon travail pourrait abîmer mon dos	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne devrais pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne peux pas faire mon travail habituel avec ma douleur actuelle	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne peux pas faire mon travail habituel avant que mes douleurs soient traitées efficacement	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne pense pas que je pourrai reprendre mon travail habituel avant 3 mois	0	1	2	3	4	5	6	
Je ne pense pas que je pourrai un jour être capable de reprendre le travail	0	1	2	3	4	5	6	

Facteur 1 : Notion d'appréhension – évitement concernant <b>le travail</b> ; items 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15		
Facteur 2 : Notion d'appréhension – évitement concernant <b>l'activité physique</b> : items 2, 3, 4, 5		
TOTAL FACTEUR 1 =	TOTAL FACTEUR 2 =	TOTAL =

## Annexe 9 : CSQ (Coping Strategy Questionnaire)

	COPING (CSQ)	NON 1	Plutôt NON 2	Plutôt OUI 3	OUI 4
RE	J'ai essayé de prendre de la distance par rapport à la douleur, comme si elle était dans le corps de quelqu'un d'autre.				
AC	Je suis sortie de chez moi, par exemple pour aller au cinéma ou faire des courses.				
EV	J'ai essayé de penser à quelque chose d'agréable.				
RE	J'ai essayé de percevoir ma douleur non comme une douleur, mais plutôt comme une sensation déplaisante.				
C	J'ai trouvé que c'était terrible et j'ai eu l'impression que ça n'irait jamais mieux				
SS	J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
AE	Je me suis incitée à être courageuse et à poursuivre mes activités malgré la douleur.				
AC	J'ai lu.				
AE	Je me suis dit que je pouvais surmonter ma douleur.				
TT	J'ai pris des médicaments.				
SS	J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé.				
EV	J'ai compté ou je me suis chanté une chanson dans la tête.				
RE	J'ai essayé de percevoir ma douleur autrement, comme une sensation d'engourdissement par exemple.				
C	J'ai trouvé que c'était affreux et j'ai eu l'impression que la douleur m'écrasait.				
EV	J'ai joué à des jeux dans ma tête pour éloigner mon esprit de la douleur.				
SS	J'ai demandé conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
C	J'ai eu l'impression que la vie ne valait pas la peine d'être vécue.				
P	J'ai espéré rencontrer quelqu'un qui pourrait m'aider et soulager ma douleur quelques temps.				
TT	J'ai beaucoup marché.				
P	J'ai prié Dieu ou le destin pour que ma douleur ne dure pas.				
SS	J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de ma douleur.				
RE	J'ai essayé de penser à la douleur comme si elle était séparée de mon corps.				
TT	Je me suis reposée, je me suis détendue.				
D	J'ai essayé de ne pas penser à ma douleur.				
P	J'ai essayé de penser au futur, à ce que sera ma vie quand je serais démarassé de ma douleur.				
SS	J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
D	Je me suis dit que je n'avais pas mal.				
AE	Je me suis dit que je ne pouvais pas laisser la douleur contrarier mes projets.				

<b>P</b>	J'ai confiance aux médecins qui trouveront un jour un traitement pour soulager ma douleur.				
<b>AE</b>	Peu importait la douleur, je savais que je pouvais la prendre en main.				
<b>SS</b>	J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ma douleur.				
<b>D</b>	J'ai fait comme si je ne souffrait pas.				
<b>C</b>	J'ai eu peur que la douleur ne cesse pas.				
<b>TT</b>	Je me suis couchée.				
<b>EV</b>	J'ai repensé à des moments agréables du passé.				
<b>SS</b>	J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
<b>EV</b>	J'ai pensé à des personnes avec qui j'aime faire des choses.				
<b>P</b>	J'ai prié pour que la douleur disparaisse.				
<b>TT</b>	J'ai pris une douche ou un bain.				
<b>RE</b>	J'ai imaginé que la douleur était en dehors de mon corps.				
<b>SS</b>	J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
<b>D</b>	J'ai continué comme si de rien n'était.				
<b>AE</b>	J'ai considéré la douleur comme un défi et je ne l'ai pas laissé me perturber.				
<b>AE</b>	Bien que j'ai eu mal, j'ai continué mes activités.				
<b>C</b>	J'ai eu l'impression que je ne pouvais plus supporter la douleur.				
<b>SS</b>	J'ai recherché la compagnie des autres, j'ai essayé de ne pas rester seule.				
<b>D</b>	J'ai ignoré la douleur.				
<b>P</b>	J'ai compté sur ma foi en Dieu ou dans le destin.				
<b>C</b>	J'ai eu l'impression de ne plus pouvoir aller de l'avant.				
<b>EV</b>	J'ai penser à des choses que j'aime faire.				
<b>AC</b>	J'ai fait tout mon possible pour éloigner mon esprit de la douleur.				
<b>AC</b>	J'ai fait quelque chose que j'aime comme regarder la télévision ou écouter de la musique.				
<b>RE</b>	J'ai fait comme si la douleur ne faisait pas partie de moi.				
<b>AC</b>	J'ai essayé d'être plus actif, par exemple en faisant le ménage ou en bâtissant des projets.				
<b>TT</b>	J'ai utilisé une compresse chauffante.				

**Consigne :** Quand vous avez eu mal, vous avez réagi de diverses manières. Indiquez, pour chacune des stratégies suivantes, si vous l'avez utilisée pour faire face à votre douleur.

**Score :**

EVitement

REinterprétation des sensations douloureuses

Auto-Encouragement

Déni

Prière : espoir

Catastrophisme

Activités Comportementales

Soutien Social

TThérapeutiques

## Annexe 10 : ETP (Education thérapeutique)

### *Evaluation de fin de séance*

#### CETD CHU NANTES

Vous trouverez ci-dessous une liste de propositions. Le but de ce questionnaire est d'évaluer l'éventuelle progression suite à la séance d'éducation thérapeutique. Vous utiliserez la légende suivante (les 2 symboles peuvent de retrouver dans la même case) :

**X** : Pour les réponses d'avant la séance

**O** : Pour les réponses d'après la séance

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Parfaitement</b>
Je comprends le rôle de chaque médicament					
Je sais quel(s) médicaments prendre et à quel moment					
Je sais comment prévenir et gérer les principaux effets secondaires (nausées, constipation, bouche sèche...)					
Je pense que le traitement pourra faire disparaître mes douleurs					
J'ai trouvé des solutions autres que le médicaments pour gérer les pics douloureux					
Je pense que je fais des écarts, des erreurs avec mon traitement					
J'ai une appréhension à prendre mon traitement					
J'assume le fait de prendre mes médicaments devant mon entourage					
J'ai accepté l'idée de prendre un traitement au long cours					
J'ai conscience de l'importance de mon traitement					

# Annexe 11 : Avis du GNEDS, note d'information, trame du questionnaire

## 1) Avis favorable du GNEDS

« Accompagner le retour au travail des patients fibromyalgiques sévères en arrêt-maladie prolongé hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, puis en Centre de Rééducation Fonctionnelle : efficacité à 24 mois et cartographie des acteurs mobilisés »

Boris EUVRARD (Interne de médecine du travail) sous la direction Pr Julien NIZARD et Dr Dominique TRIPODI

### Documents communiqués

Justification de l'étude	oui
Méthodologie	oui
Lettre d'information	oui
Lettre de consentement	oui

### Remarque générale

Le GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

### Confidentialité

Confidentialité	oui
Anonymat	oui
CNIL	Oui /CHU / MR004

### Information et consentement

#### Consentement :

Recueil nécessaire	oral
Type consentement préférable	Ecrit et signé
Traçabilité dans le dossier	oui

#### Commentaires :

La lettre d'information a été adaptée à l'âge pour les mineurs (isolés non accompagnés) et traduite en plusieurs langues pour les personnes dites « migrants ».

#### Lettre information précisant :

Titre de l'étude	Oui
But de l'étude	Oui
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	Oui
Possibilité de refus de transmission des résultats	oui
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	Oui sur demande auprès de l'investigateur
Traçabilité dans le dossier	NA

#### Commentaires :

Etude épidémiologique observationnelle, rétrospective, monocentrique recueillant des données quantitatives extraites du dossier médical (établi par le centre d'évaluation et du traitement de la douleur) et par l'administration d'un auto-questionnaire (SPHINX de données socio-professionnelles qualitatives) de personnes ayant une fibromyalgie afin de déterminer les facteurs de prédiction du retour au travail. Les auteurs cherchent à démontrer qu'une prise en charge « multiaxiale » ( médicamenteuse, fonctionnelle, psychocorporelle et socio-professionnelle) et multidisciplinaire ( algologie, rééducateur, et médecin du travail) évite la désinsertion professionnelle et améliore la qualité de vie des personnes

### Conclusion

Avis favorable	oui
Révision nécessaire selon commentaires	
Avis défavorable	

Unité Recherche-GnedS Professeur Paul BARRIERE

Date : 1<sup>er</sup> octobre 2019



## 2) Note d'information au patient

Document remis à la personne participant à la recherche, Version 1, rédigé à Nantes, le 13/06/19



### **Note d'information pour la participation à la recherche :**

*« Accompagner le retour au travail des patients fibromyalgiques sévères en arrêt-maladie prolongé hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, puis en Centre de Rééducation Fonctionnelle : efficacité à 24 mois et cartographie des acteurs mobilisés »*

#### **Titre abrégé :**

*« Accompagner le retour au travail des personnes fibromyalgiques »*

**Promoteur : CHU de Nantes**

Madame, Monsieur,

Le CHU (Centre Hospitalier et Universitaire) de Nantes souhaite mener une recherche dont il est le promoteur (c'est à dire qu'il en est responsable et qu'il l'organise).

L'objectif de la recherche est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge au CETD (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur), puis au Centre de Rééducation Fonctionnelle de Maubreuil où vous avez été hospitalisé.

L'enjeu est d'estimer si cette prise en charge a permis de favoriser votre reprise d'une activité professionnelle et si elle a contribué à améliorer votre qualité de vie. Il s'agit aussi de connaître ce qui peut faciliter le maintien en emploi.

Cette recherche est réalisée à partir de données médicales collectées dans votre dossier au cours de votre prise en charge (comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations rédigés dans les 2 ans ayant suivi le séjour au CETD).

Ces données comprennent la durée de l'arrêt de travail, l'atténuation de la douleur et l'amélioration fonctionnelle que vous aviez auto-évaluées par EVA (échelles visuelles analogiques), le vécu affectif (échelle HAD que vous aviez complétées pour estimer la dépression et l'anxiété), ainsi que la réduction des médicaments antidouleurs utilisés.

Afin de connaître ce qui a pu faciliter votre maintien en emploi, vous pourrez remplir un questionnaire qui abordera votre parcours professionnel et les dispositifs de réinsertion sollicités durant les 2 ans après le séjour au CETD.

Votre participation à la recherche, au cas où vous donneriez votre accord, ne pourra vous être confirmée qu'à la condition que vous remplissiez tous les critères d'inclusion pour participer à cette recherche.

Votre participation ou votre souhait de ne pas participer à cette recherche, ne portera en aucun cas préjudice à la qualité de votre prise en charge. Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé.

Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé. Ils favoriseront le développement des connaissances, dans la prévention de la désinsertion professionnelle.

Ils devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de prise en charge globale de la douleur et d'accompagnement des démarches pour retrouver un travail.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de la recherche et de remplir l'objectif de la recherche.

Vos données seront recueillies dans un fichier informatique, hébergé sur un serveur sécurisé du CHU. Afin d'assurer la confidentialité, ces données seront non nominatives et identifiées par un numéro de code, avec vos initiales.

L'ensemble de ces données sera transmis au Promoteur de la recherche (CHU de Nantes). Elles ne seront pas transférées à des tiers. Elles pourront être présentées lors de publications, avec préservation de votre anonymat.

Si vous décidez de retirer votre consentement pour participer à la recherche, les données obtenues avant que celui-ci n'ait été retiré seront susceptibles d'être utilisées. Les données recueillies après le retrait de votre consentement ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et de limitation du traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez également porter une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte/>).

Les données pourront être utilisées lors de recherches ultérieures exclusivement à des fins scientifiques. Vous pouvez retirer votre consentement à cette utilisation ultérieure, ou exercer votre faculté d'opposition à tout moment.

Vous pouvez également accéder directement, ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Vos données seront conservées tout au long de la recherche. Après la fin de la recherche, les données seront archivées pour une durée de 15 ans, puis détruites.

L'investigateur pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche. Pour en savoir plus, ou exercer vos droits concernant vos données, voir paragraphe « vos contacts ».

Cette recherche est conforme :

- aux articles L. 1121-1 à L. 1126-12 du code de la santé publique, relatifs aux recherches impliquant la personne humaine,
- à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, relative à la protection des données personnelles,
- au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement Général sur la Protection des Données, RGPD).

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé (GNEDS).

Votre participation à cette recherche est libre. Vous pouvez refuser de participer à cette recherche, et vous pouvez à tout moment vous retirer de cette recherche, sans préjudice. Cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront donnés ; vous devez simplement en informer l'investigateur.

#### **VOS CONTACTS :**

Pour toute question concernant cette recherche, le retrait de consentement, ou pour exercer vos droits concernant vos données (accès, rectification, etc...) :

**L'investigateur coordonnateur de la recherche** : Professeur Julien NIZARD  
✉ CHU de Nantes, Hôpital Laennec, Boulevard Professeur Jacques Monod, 44800 SAINT-HERBLAIN  
☎ 02.40.16 51 73

Pour toute question générale sur le traitement de vos données :

**Le promoteur de la recherche, responsable du traitement** :  
CHU de Nantes, Direction de la Recherche, 5 Allée de l'Île Gloriette, 44093 NANTES Cedex 1  
**Le Délégué à la Protection des Données (DPO)** :  
[vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr](mailto:vosdonneespersonnelles@chu-nantes.fr)

**Merci de conserver cette notice d'information**

### 3) Trame du questionnaire sur le retour au travail

## Étude CETD – CHU de Nantes

Madame, Monsieur,

Nous vous avons contacté par téléphone il y a peu de temps pour vous proposer de répondre à des questions concernant votre situation professionnelle, suite à votre hospitalisation au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) du CHU de Nantes, suivie d'une hospitalisation au Centre de Rééducation Fonctionnelle de Maubreuil / La Tourmaline.

Pour rappel, ces questions font partie d'un travail de thèse en Médecine du travail, avec pour objectif l'évaluation de l'efficacité de cette filière de soin sur la reprise du travail et/ou le maintien du travail. L'étude statistique des réponses aux questions de l'ensemble des participants permettra d'évaluer l'impact de la filière de soin sur la dimension professionnelle.

Remarque sur la protection de la vie privée :

Le questionnaire est anonyme : vous n'avez pas à renseigner votre identité et aucune donnée informatique personnelle (adresse mail, adresse informatique IP) n'est enregistrée au cours du questionnaire.

Si besoin, vous pouvez nous contacter à l'adresse mail suivante : [these.cetd@gmail.com](mailto:these.cetd@gmail.com)

Nous vous remercions par avance pour vos réponses et le temps que vous y consacrez.

Bien cordialement,

Boris EUVRARD  
Médecin du travail  
Ancien interne au CETD

## Je confirme ma participation au questionnaire

Ce questionnaire comprend plusieurs sections, mais seulement certaines d'entre elles vous concerneront, selon votre parcours professionnel et médical.

Réservez-vous un minimum de 10 minutes pour moins d'une trentaine de questions.

#### Votre consentement

**J'accepte de participer à l'étude**

**Je ne souhaite pas participer à l'étude**

**Pourquoi ne souhaitez-vous pas répondre au questionnaire ?**

***Fin du questionnaire si non consentement à l'étude***

## Avant de commencer

Veuillez renseigner votre numéro d'anonymat. Si vous ne l'avez plus, contactez-nous à l'adresse mail suivante : [these.cetd@gmail.com](mailto:these.cetd@gmail.com)

#### Votre numéro d'anonymat

Il vous a été donné par téléphone.

## Période concernée par le questionnaire

Lors de l'entretien téléphonique, nous vous avons rappelé votre date d'hospitalisation au CETD et à Maubreuil (Cf. courriel ci-joint).

Les questions qui suivent concernent les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.

Exemple :

- Si j'ai été hospitalisé(e) au CETD en janvier 2010,
- Puis hospitalisé(e) à Maubreuil en avril 2010,
- La période me concernant pour les questions suivantes va de « janvier 2010 » à « janvier 2012 » (2 ans).

## Situation juste avant votre séjour au CETD

Les questions suivantes concernent votre situation juste avant votre hospitalisation au CETD.

### Quelle était votre situation ?

- Salarié (Régime Général, MSA, Fonction Publique, régimes spéciaux...)
- Travailleur non salarié : indépendant, agriculteur non salarié... (RSI)
  - Quelle était votre situation en tant que travailleur non salarié ?
  - Auto- / micro-entrepreneur
  - Professionnel libéral
  - Artisan
  - Commerçant
  - Créateur d'entreprise
  - Gérant majoritaire d'une société (SARL)
  - Autres situations
- A la fois salarié et travailleur non salarié
- Au chômage
  - Si vous étiez au chômage, quelle était votre situation ?
  - Cumul des allocations chômage et d'une ou plusieurs activités salariées
  - Cumul des allocations chômage et d'activité(s) non salariée(s) (auto-entrepreneur...)
  - Droits au chômage épuisés
  - Non concerné(e)
- Inactif (ni en emploi, ni au chômage)
  - Si vous étiez inactif, quelle était votre situation ?
  - Etudiant, stagiaire sans rémunération
  - Apprenti, étudiant, stagiaire rémunéré (vous êtes salarié)
  - Homme ou femme au foyer

### Quel était votre régime social ?

- Régime Général
- Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- Fonction Publique
- Autres régimes et régimes spéciaux (SNCF, régime étudiant...)
- Régime Social des Indépendants (RSI)

### Quel était votre contrat de travail ?

- Contrat à Durée Indéterminée (CDI)
- Contrat à Durée Déterminée (CDD, CDD senior, CDD à objet défini)
- Contrat d'intérim ou Contrat de Travail Temporaire (CTT)
- Chèque Emploi Service Universel (CESU)
- Contrat aidé – Emploi d'avenir – Contrat Unique d'Insertion (CUI-CAE, CUI-CIE)
- Contrat en alternance (d'apprentissage ou de professionnalisation)
- Autres situations

### Quelle était la taille de votre entreprise ?

- Moins de 10 salariés
- De 10 à 49 salariés
- De 50 à 249 salariés
- De 250 à 4999 salariés
- Plus de 5000 salariés
- Je ne me souviens plus

### Étiez-vous en arrêt de travail ?

- Oui
- Non

## Dans les 2 ans qui ont suivi la fin du séjour au CETD

Les questions suivantes concernent les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD (date rappelée dans le mail).

### Avez-vous repris le travail ou démarré une activité rémunérée ?

- Oui **Cf. Section REPRISE**
- Non **Cf. Section NON REPRISE**

## Section REPRISE

### Vous avez repris le travail ou démarré une activité rémunérée

Les questions suivantes concernent les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.

Combien de mois après votre hospitalisation au CETD avez-vous repris le travail ou démarré une activité rémunérée ?

N'écrivez que le chiffre. Si vous ne savez pas, mettez 999.

Au moment de cette reprise du travail, étiez-vous concerné par les propositions suivantes ?

- J'ai repris au même poste, dans la même entreprise (maintien au poste)
- J'ai repris sur un autre poste, dans la même entreprise (reclassement interne)
- J'ai quitté l'entreprise, je suis sur un poste similaire dans une autre entreprise (maintien de l'activité)
- J'ai quitté l'entreprise, je suis sur un poste différent dans une autre entreprise (changement d'activité)
- J'ai un travail non salarié (indépendant, agriculteur non salarié...)

En cas de travail non salarié, quelle était votre situation ?

- Auto- / micro-entrepreneur
- Professionnel libéral
- Artisan
- Commerçant
- Créateur d'entreprise
- Gérant majoritaire d'une société (SARL)
- J'ai repris à temps plein
- J'ai repris à temps partiel
- J'ai été licencié(e) pour inaptitude médicale
- J'ai obtenu une rupture conventionnelle de mon contrat de travail
- J'ai démissionné
- Je ne suis pas concerné(e)

En cas de travail salarié, quel était votre contrat de travail ?

- Contrat à Durée Indéterminée (CDI)
- Contrat à Durée Déterminée (CDD, CDD senior, CDD à objet défini)
- Contrat d'intérim ou Contrat de Travail Temporaire (CTT)
- Chèque Emploi Service Universel (CESU)
- Contrat aidé – Emploi d'avenir – Contrat Unique d'Insertion (CUI-CAE, CUI-CIE)
- Contrat en alternance (d'apprentissage ou de professionnalisation)
- Autres situations

Combien de mois avez-vous conservé cet emploi ?

N'écrivez que le chiffre. Si vous ne savez pas, mettez 999.

**Cf. Section RETOUR AU TRAVAIL**

## Section **NON REPRISE**

### **Vous n'avez pas repris le travail ou démarré une activité rémunérée**

Les questions suivantes concernent les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.

Étiez-vous dans une ou plusieurs des situations suivantes ?

- Invalidité de 1<sup>ère</sup> catégorie  
*Si oui, préciser la date de début*
- Invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie  
*Si oui, préciser la date de début*
- Invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie  
*Si oui, préciser la date de début*
- RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)  
*Si oui, préciser la date de début*
- AAH (perception de l'Allocation Adulte Handicapé)  
*Si oui, préciser la date de début*
- Arrêt d'activité, ou inactivité
- Chômage – Recherche d'emploi (Pôle Emploi, Cap Emploi)
- Arrêt maladie ordinaire prolongé (motif non professionnel)
- Arrêt professionnel prolongé (Accident du travail ou Maladie professionnelle)
- Congé Longue Maladie (CLM pour les fonctionnaires)
- Congé Longue Durée (CLD pour les fonctionnaires)
- Disponibilité d'Office (DO pour les fonctionnaires)
- Mise en retraite pour Invalidité pour les fonctionnaires
- Retraite

Après votre arrêt de travail, étiez-vous concerné par une des propositions suivantes ?

- J'ai été licencié(e) pour inaptitude médicale
  - Inaptitude à un poste
  - Inaptitude à tout poste
  - Inaptitude définitive au travail
- J'ai obtenu une rupture conventionnelle de mon contrat de travail
- J'ai démissionné
- J'ai été déclaré en abandon de poste
- Je ne suis pas concerné(e)

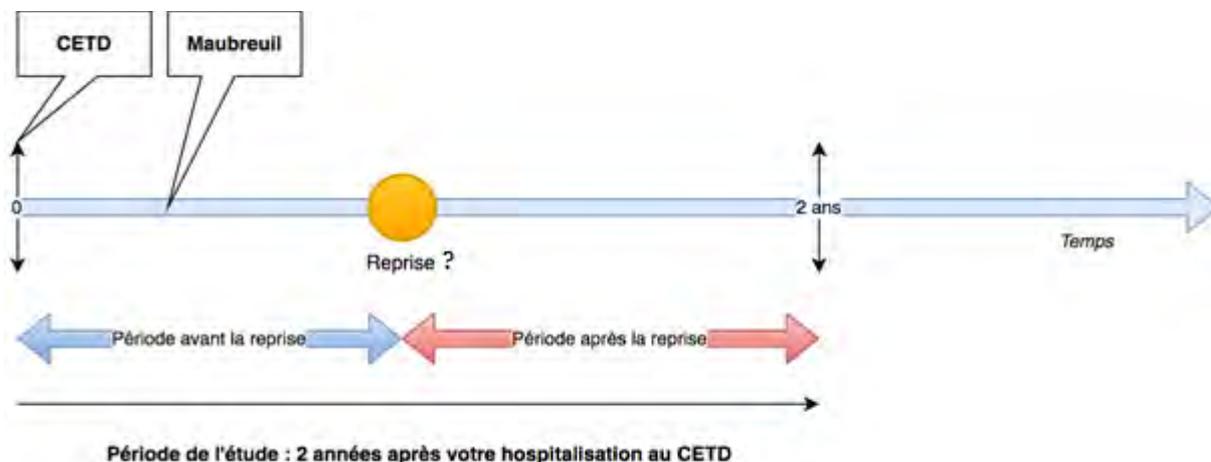
**Cf. Section RETOUR AU TRAVAIL**

## Section **RETOUR AU TRAVAIL**

### À propos du retour au travail et du maintien en emploi

Les questions suivantes concernent :

- Ce qui s'est passé avant et après votre reprise, dans les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.



Qui vous a aidé durant ces 2 années dans vos démarches professionnelles ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	D'accord	Non concerné(e)
Vous-même (motivation, ténacité dans les démarches)	<input type="checkbox"/>					
Votre entourage (famille, amis...)	<input type="checkbox"/>					
Vos collègues	<input type="checkbox"/>					
Votre employeur	<input type="checkbox"/>					
CETD et Maubreuil	<input type="checkbox"/>					
Médecin traitant	<input type="checkbox"/>					
Service de Santé au Travail (Médecine du travail)	<input type="checkbox"/>					
Médecins spécialistes (médecin de la douleur, rééducateur, rhumatologue...)	<input type="checkbox"/>					
Accompagnement par des acteurs spécialisés (Pôle Emploi, Cap Emploi, MDPH...)	<input type="checkbox"/>					
Réalisation d'un bilan de compétence, d'une formation	<input type="checkbox"/>					

Sur le plan professionnel, étiez-vous concerné(e) par les situations suivantes ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	D'accord	Non concerné(e)
Mêmes difficultés de santé que lors de mon précédent poste / ma précédente activité	<input type="checkbox"/>					
Nouvelles difficultés de santé	<input type="checkbox"/>					
Difficultés personnelles (mobilité, découragement, âge...)	<input type="checkbox"/>					
Complexité des démarches, des dispositifs	<input type="checkbox"/>					
Baisse des revenus	<input type="checkbox"/>					
Difficultés liées à l'emploi (offres d'emploi...)	<input type="checkbox"/>					
Manque d'expérience (outils, logiciels, techniques...)	<input type="checkbox"/>					
Manque de formation	<input type="checkbox"/>					
Manque d'accompagnement du Service de Santé au Travail (Médecine du travail)	<input type="checkbox"/>					
Manque d'accompagnement par des acteurs spécialisés (Pôle Emploi, Cap Emploi, MDPH...)	<input type="checkbox"/>					

**Si vous avez rencontré un médecin pour préparer votre reprise ou votre réinsertion, précisez :**

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Un médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin du travail (ou de prévention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin-conseil de la Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin d'un service de Pathologie Professionnelle (CHU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin de la douleur du CETD du CHU de Nantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un médecin rééducateur de Maubreuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un autre médecin de la douleur, rééducateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un autre médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez rencontré l'une de ces personnes pour préparer votre reprise ou votre réinsertion, précisez :**

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Un conseiller Pôle Emploi (ou Cap Emploi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un assistant social de la CARSAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un assistant social du service de médecine du travail ou de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un ergonome du service de médecine du travail ou de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) du service de médecine du travail ou de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un psychologue du travail du service de médecine du travail ou de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un responsable des ressources humaines (RH) de l'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si une autre personne vous a aidé à préparer votre reprise ou votre insertion, indiquez laquelle :**

--

**Avez-vous été reçu(e) en médecine du travail pour préparer votre reprise ou votre réinsertion ?**

	Oui	Non	Jamais
Visite d'embauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite de pré-reprise (pendant l'arrêt de travail, avant la reprise, pour faciliter et préparer votre reprise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite de reprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite à la demande du salarié (ou de l'agent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une adaptation de votre poste pour préparer votre reprise ou votre réinsertion ?**

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Aménagement horaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps Partiel Thérapeutique (TPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aménagement matériel du poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restriction physique sur votre aptitude au poste (exemple : limitation du port de charges lourdes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptation du poste facilitée par la RQTH / MDPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il est possible de vous aider des fiches d'aptitude de votre médecin du travail (ou de prévention dans la Fonction Publique) sur lesquelles elles sont le plus souvent mentionnées.

**Si vous avez bénéficié d'un aménagement matériel, quel était-il ?**

--

**Quel était votre niveau de formation ?**

- Collège, CAP ou BEP non validé  
 Lycée, CAP ou BEP validé  
 Fin des études secondaires, avec ou sans baccalauréat / études supérieures abandonnées  
 Diplôme Bac + 2, DUT, BTS, DEUG...  
 Diplôme Bac + 3 et 4  
 Diplôme Bac + 5 et plus

**Étiez-vous concerné(e) par une ou plusieurs des propositions suivantes ?**

	Avant votre visite	Après votre visite	Jamais	Je ne me souviens plus
Affection de longue durée (ALD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité permanente donnant droit à un capital ou une rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une aide liée à la notion d'invalidité ?**

	Avant votre visite	Après votre visite	Jamais	Je ne me souviens plus
Invalidité de 1 <sup>ère</sup> catégorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité de 2 <sup>ème</sup> catégorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité de 3 <sup>ème</sup> catégorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La pension d'invalidité est versée temporairement par la Sécurité Sociale (CPAM) lorsque le médecin-conseil estime une perte d'au moins 2/3 de votre capacité à travailler. Elle fait suite à un arrêt de travail et peut s'accompagner d'une activité professionnelle selon la catégorie.

**Avez-vous bénéficié d'une aide liée à la notion de handicap ?**

	Avant votre visite	Après votre visite	Jamais	Je ne me souviens plus
Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation de Compensation (PCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carte Mobilité Inclusion (CMI correspondant aux anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ces aides sont attribuées par la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) suite à votre demande et à un certificat médical fait par un médecin.

**Avez-vous bénéficié d'une aide par les organismes suivants ?**

	Avant votre visite	Après votre visite	Jamais	Je ne me souviens plus
Service de Médecine du Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides et formations de Pôle Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides et formations de Cap Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides et formations du Conseil Régional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides et formations d'un autre organisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service social de la CARSAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des travailleurs Handicapés (SAMETH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mission locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association COMETE France	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une aide par les dispositifs suivants ?**

	Avant votre visite	Après votre visite	Jamais	Je ne me souviens plus
Consultation de Pathologie Professionnelle au CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan de Compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Période de professionnalisation, Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congé Individuel de Formation (CIF) par les OPCA / OPACIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congé Personnel de Formation (CPF), ancien DIF (Droit Individuel à formation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation courte par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre de Réadaptation Professionnelle (CRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Module de mobilisation professionnelle (ARPIJ, MOAIJ...) mis en place par la Sécurité Sociale (CPAM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aucune inquiétude avec les termes techniques, si quelque-chose ne vous parle pas c'est probablement que vous n'en avez pas bénéficié...

**Avez-vous bénéficié d'une aide par les dispositifs suivants ?**

	Avant votre visite	Après votre visite	Jamais	Je ne me souviens plus
Cellule Technique de Maintien dans l'Emploi (CTME) de votre Service de Santé au Travail (votre service de Médecine du travail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cellule de Prévention de la Désinsertion Professionnelle (CPDP) ou Cellule Départementale de Maintien dans l'Emploi (CDME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation Handicap Projet (PHP) par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation Spécifique Orientation Professionnelle (PSOP) par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestation Ponctuelle Spécifique (PPS) par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etudes Préalables à l'Adaptation et à l'Aménagement des Situations de Travail (EPAAST) par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutorat ou auxiliaariat professionnel par l'AGEFIPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essai encadré par la CPAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C'est la fin de la première partie du questionnaire, bravo !  
Pensez à cliquer sur enregistrer au bas de la page.**



Si vous le souhaitez, il est possible de nous laisser une remarque :

## Section Questionnaire complémentaire

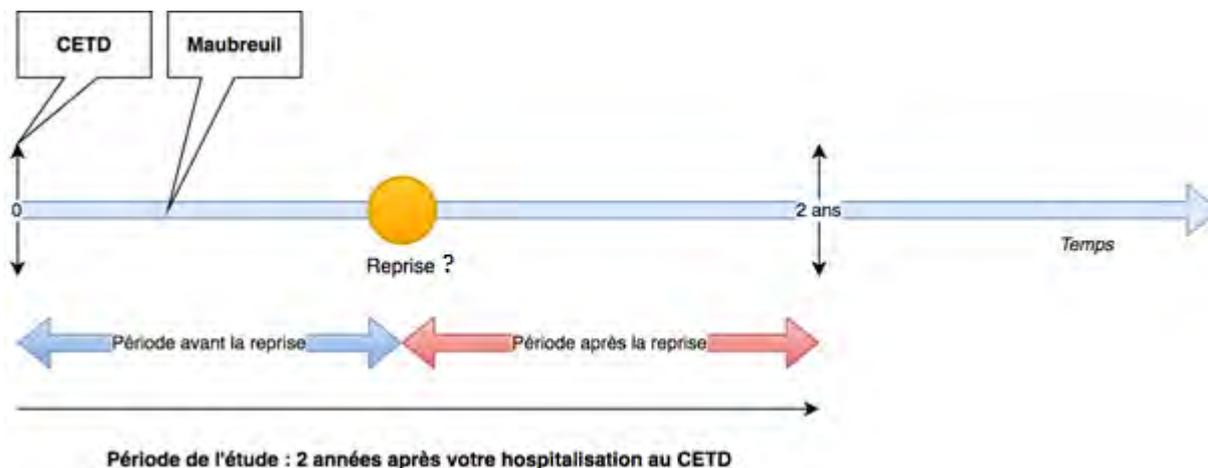
### Dans les 2 ans qui ont suivi le CETD

Les questions suivantes concernent les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.

**Si vous avez repris une activité dans les 2 ans après cette hospitalisation, quel poste occupiez-vous ?**

Plusieurs réponses sont possibles. Si vous ne savez pas, mettez 999. Exemple : plombier-chauffagiste...

### À propos du retour au travail et du maintien en emploi



Durant ces 2 années, sur une échelle de 1 à 10, quelle était votre degré de satisfaction au travail ? (0 = pas satisfait, 10 = très satisfait). Ecrivez 999, si vous n'étiez pas concerné ou si vous ne vous souvenez plus

- Satisfaction avant la reprise, entre 0 et 10 : \_\_\_\_
- Satisfaction après la reprise, entre 0 et 10 : \_\_\_\_

**Au sujet de votre vécu au travail ces 2 années, étiez-vous concerné(e) par les situations suivantes ?**

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
L'ambiance est mauvaise sur mon lieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On me laisse peu d'autonomie, pour prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peu de marges de manœuvre, pour travailler à ma manière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne me permet pas de développer mes compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On m'en demande trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne m'aide pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On m'impose tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne me récompense pas assez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On ne reconnaît pas la valeur de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On m'empêche d'accomplir un travail de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'organisation du collectif de travail est dégradée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes conditions de travail sont stressantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe un conflit avec la hiérarchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il persiste des tensions avec un ou plusieurs de vos collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Au sujet de la pénibilité de votre travail ces 2 années, étiez-vous concerné(e) par ces situations ?**

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Poste non adapté, non aménagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail physique dur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibration du corps entier (engins mobiles ou matériel vibrant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postures pénibles (bras au-dessus des épaules, accroupissements, position penchée en avant...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail répétitif (cadence imposée, plus de 30 gestes / minutes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail de nuit (entre 21 h et 6 h, au moins 270 heures / an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires alternés (travail posté en 2x8 ou en 3x8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail dans le froid, la chaleur, ou en milieu hyperbare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque chimique (exposition à des produits toxiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A propos des aides financières

Les questions suivantes concernent :

- Ce qui s'est passé avant et après votre reprise, dans les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.

### Étiez-vous concerné(e) par une ou plusieurs des propositions suivantes ?

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Revenu de Solidarité Active (RSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prime d'Activité (anciens RSA activité et Prime Pour l'Emploi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation chômage d'aide au Retour à l'Emploi (ARE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ancienne Prime Forfaitaire Mensuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation d'aide au Retour à l'Emploi Formation (AREF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rémunération de Fin de Formation (RFF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rémunération des Formations de Pôle Emploi (RFPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aucune inquiétude avec les termes techniques, si quelque-chose ne vous parle pas c'est probablement que vous n'en avez pas bénéficié...

### Étiez-vous concerné(e) par une ou plusieurs des propositions suivantes ?

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Aides à la création ou à la reprise d'entreprise (ARCE, ACCRE, NACRE, CAPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation / Contrat de Sécurisation et Indemnité Différentielle de Reclassement (ASP / CSP / IDR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide Personnalisée de Retour à l'Emploi (APRE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide Individuelle à la Formation (AIF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Action de Formation Préalable au Recrutement (AFPR) / Préparation Opérationnelle à l'Emploi (POE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questions complémentaires

Les questions suivantes concernent ce qui s'est passé :

- Au moment de votre hospitalisation au CETD,
- Avant et après votre reprise (si tel est le cas), dans les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD,
- Ou si vous n'avez pas repris (si tel est le cas), dans les 2 ans qui ont suivi votre hospitalisation au CETD.

### Précisez les éléments suivants ?

	Lié(e) à la fibromyalgie	Lié(e) à un autre motif médical	Non concerné(e)
Affection Longue Durée (ALD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie Professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité permanente donnant droit à un capital ou à une rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Avez-vous pratiqué une des activités socialisantes suivantes ?

	Avant votre reprise	Après votre reprise	Jamais	Je ne me souviens plus
Pratique sportive à plusieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité artistique en groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vie associative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Action de bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombreuses rencontres régulières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Aujourd'hui

Les questions suivantes concernent votre situation actuelle.

Travaillez-vous aujourd'hui ?

- Oui  
 Non Si non :  Inactivité en raison de la fibromyalgie,  Ou d'autres problèmes de santé,  Retraite

Estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont apporté une aide sur votre pathologie ?

- Oui  
 Non

Pourquoi ?

Étiez-vous satisfait(e) de la prise en charge au CETD et Maubreuil ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	D'accord
Information médicale sur ma santé	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge médicale (médicaments, chirurgie...)	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge fonctionnelle (kinésithérapie, ostéopathie...)	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge psychocorporelle (psychologue, relaxation, acupuncture...)	<input type="checkbox"/>				
Prise en charge sociale (assistant social...)	<input type="checkbox"/>				
Entretien centré sur le projet de retour au travail	<input type="checkbox"/>				
Echanges soignants-patients	<input type="checkbox"/>				
Atelier en groupe	<input type="checkbox"/>				

Estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont apporté une aide sur le plan professionnel ?

- Oui  
 Non

Pourquoi ?

Estimez-vous que la prise en charge professionnelle au CETD et Maubreuil pourrait être améliorée ?

- Oui  
 Non

Vous pouvez préciser vos idées :

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans la prise en charge professionnelle en général ?

	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	D'accord
Information sur les démarches professionnelles	<input type="checkbox"/>				
Cohérence des informations transmises	<input type="checkbox"/>				
Atelier abordant les démarches professionnelles au CETD / Maubreuil	<input type="checkbox"/>				
Intervention d'un médecin du travail au CETD ou à Maubreuil	<input type="checkbox"/>				
Intervention d'un conseiller de Pôle Emploi ou Cap Emploi, ou MDPH au CETD / Maubreuil	<input type="checkbox"/>				
Disponibilité générale des conseillers de Pôle Emploi ou Cap Emploi	<input type="checkbox"/>				
Accessibilité générale des formations	<input type="checkbox"/>				

**C'est la fin, bravo !**  
**Pensez à cliquer sur enregistrer au bas de la page !**



**Si vous le souhaitez, il est possible de nous laisser une remarque.**

Par exemple, quels ont été les points forts et les aspects négatifs de votre prise en charge ?

Vous pouvez aussi nous préciser, si d'autres dispositifs non évoqués ont facilité votre retour en activité, tout au long de votre parcours professionnel :

Merci pour votre participation à ce questionnaire !  
Boris EUVRARD et l'équipe du CETD

## Annexe 12 : Grilles de calculs détaillés – MQS

Analyse de la consommation médicamenteuse à visée antalgique, à la consultation de PRÉ-ADMISSION : calcul détaillé des MQS scores											
	Analésiques et co-antalgiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS-I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
1	LAMALINE 300/10 mg 6/j, ATHYMIL 10 mg 1/j, SEROPLEX 20 mg 1/j, LYRICA 300 mg 1/j, RIVOTRIL 5 Gtt/j		1	1			1	8+2+6+10+6	6,9+1,7+5,1+3,8+7,8	32	25,3
2	DOLIPRANE 1 g 3/j, VENLAFAXINE LP 75 mg 1/j							2+4	4,6+3,4	6	8
3	SKENAN LP 10 mg 4/j, PARACETAMOL 1 g 4/j, BI-PROFENID LP 100 mg 2/j, LYRICA 50 mg 1/j, RIVOTRIL 2 mg 1/j	1		1			1	12+3+4+5+6	7,4+6,6+6,8+1,9+7,8	30	30,5
4	IXPRIM 37,5/325 mg 2/j, FLUOXETINE 10 mg 1/j (20 mg/5 mL), LYSANXIA 30 Gtt de 0,5 mg		1	1			1	4+6+6	4,6+5,1+7,8	16	17,5
5	SIFROL 0,18 mg 0,5/j							3	2,2	3	2,2
6	PARACETAMOL 1 g 4/j, IBUPROFENE 400 mg 3/j SB, EFFEXOR LP 75 mg 2/j							3+2+4	6,6+3,4+3,4	9	13,4
7	TRAMADOL LP 150 mg 2/j, KETOPROFENE LP 100 mg 1/j, VENLAFAXINE 75 mg 2/j, LAROXYL 25 Gtt, ALPRAZOLAM 0,5 mg 2/j, ZOPICLONE 7,5 mg 1/j		1	1		1	1	4+2+4+2+6+8	4,6+3,4+3,4+2,3+7,8+6,2	26	27,7
8	ZOLOFT 25 mg 3/j, XANAX 0,5 mg 3/j, NOCTAMIDE 1 mg 1/j			1			1	4+6+8	3,4+7,8+7,8	18	19
9	PARACETAMOL 1 g 4/j, cure BI-PROFENID LP 100 mg 2/j 10j, CYMBALTA 30 mg 2/j, LAROXYL 12 Gtt/j							3+2+4+2	6,6+3,4+3,4+2,3	11	15,7
10	CYMBALTA 60 mg 1/j							4	3,4	4	3,4
11	SKENAN 10 mg 8/j, ACTISKENAN 20 mg 2/j	1					1	18+12	11,1+7,4	30	18,5
12	Aucun traitement										
13	DI-ANTALVIC 30/400 mg 6/j, CELEBREX 200 mg 1/j, MAXALT 10 mg 2/j si migraine		1					8+4+0	6,9+4,6+0	12	11,5
14	LORAZEPAM 1 mg 1/j, ZOPICLONE 7,5 mg 1/j				1		1	3+8	3,9+6,2	11	10,1
15	CYMBALTA 60 mg 1/j, RIVOTRIL 2 mg 0,5/j			1			1	4+6	3,4+7,8	10	11,2
16	PARACETAMOL 1 g 3/j SB							1	2,2	1	2,2
17	EFFERALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j		1					8	6,9	8	6,9
18	Aucun traitement										
19	DAFALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j, LAROXYL 50 mg 1/j, SERESTA 10 mg 1/j		1	1			1	8+4+3	6,9+3,4+3,9	15	14,2
20	DOLIPRANE 1 g 3/j, SPIFEN 400 mg 3/j SB							2+6	4,4+10,2	8	14,6
21	IXPRIM 37,5/325 mg 6/j, EFFEXOR LP 75 mg 1/j, LAROXYL 26 Gtt/j, TETRAZEPAM 50 mg 3/j SB		1	1			1	8+4+2+9	6,9+3,4+2,3+11,4	23	24
22	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, SEROPLEX 10 mg 1/j, LYRICA 25 mg 2/j							1+4+5	2,2+3,4+1,9	10	7,5
23	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, THIOPOLCHOSIDE 4 mg 2/j							1+6	2,2+4,4	7	6,6
24	ACUPAN 20 mg 3/j, DOLIPRANE 1 g 3/j, MIANSERINE 30 mg 2/j, LYSANXIA 10 mg 1/j		1	1			1	10+2+6+6	4,6+4,4+5,1+7,8	24	21,9
25	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, IXPRIM 37,5/325 mg 4/j SB, CYMBALTA 60 mg 1/j, TERCIAN 25 mg 1/j, PIASCLEDINE 100/100 mg 1/j	1						8+4+4+0+0	6,9+2,3+3,4+3,6+0	16	16,2
26	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, TETRAZEPAM 50 mg 3/j SB				1		1	1+3	2,2+3,8	4	6
27	SEROPLEX 20 mg 1/j, XANAX 0,5 mg 1/j				1		1	6+3	5,1+3,9	9	9
28	PARACETAMOL 1 g 4/j, RIVOTRIL 2 mg 0,5/j, SIFROL LP 0,26 mg 1/j			1			1	3+6+6	6,6+7,8+4,4	15	18,2
29	OXYCONTIN 10 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 4/j SB, LYRICA 100 mg 2/j						1	12+1+10	7,4+2,2+3,8	23	13,4
30	PARACETAMOL 1 g 4/j, SIBELIUM 10 mg 1/j	1						3+0	6,6+0	3	6,6
31	LAMALINE 300/10 mg 6/j, ATHYMIL 10 mg 1/j, SEROPLEX 20 mg 1/j, LYRICA 300 mg 1/j, RIVOTRIL 5 Gtt/j		1	1			1	8+2+6+10+6	6,9+1,7+5,1+3,8+7,8	32	25,3
32	DOLIPRANE 1 g 3/j, VENLAFAXINE LP 75 mg 1/j							2+2	4,4+1,7	4	6,1
33	SKENAN LP 10 mg 4/j, PARACETAMOL 1 g 4/j, BI-PROFENID 100 mg 2/j, LYRICA 50 mg 1/j, RIVOTRIL 2 mg 1/j	1		1			1	12+3+4+5+6	7,4+6,6+6,8+1,9+7,8	30	30,5
34	IXPRIM 37,5/325 mg 2/j, FLUOXETINE 10 mg 1/j (20 mg/5 mL), LYSANXIA 30 Gtt de 0,5 mg		1	1			1	4	4,6	4	4,6
35											
36											

	Analgésiques et co-antalgiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS-I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
37	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, <b>LEXOMIL 6 mg 0,5/j</b>			1			1	1+6	2,2+7,8	7	10
38	<b>MONOCRIXO LP 300 mg/j</b> , <b>IXPRIM 37,5/325mg 3/j</b> , SEROPLEX 20 mg 1/j, LYRICA 150 mg 3/j, <b>RIVOTRIL 2 mg/j</b>	1	1	1			1	4+4+6+15+6	4,6+4,6+5,1+5,7+7,8	35	27,8
39	EFFERALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j, LYRICA 150 mg 2/j							8+10	6,9+3,8	18	10,7
40	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, CELEBREX 200 mg 2/j, <b>ZOLUPEM 10 mg 1/j</b>					1	1	1+6+8	2,2+6,9+6,2	15	15,3
41	<b>MONOCRIXO LP 150 mg 1/j</b> , PARACETAMOL 1 g 2/j, LAROXYL 50 mg 1/j, ALPRAZOLAM 0,25 mg 1/j	1	1		1		1	4+2+4+3	4,6+4,4+4,6+3,9	13	17,5
42	<b>SKENAN LP 10 mg 3/j</b> , EFFERALGAN CODEINE 500/300 6/j, LAROXYL 50 mg 1/j	1	1				1	12+8+4	7,4+6,9+4,6	24	18,9
43	TRAMADOL LP 150 mg 2/j, VENLAFAXINE LP 75 mg 1/j, <b>RIVOTRIL 5 Gtt/j</b>	1	1				1	8+4+6	6,9+3,4+7,8	18	18,1
44	PROPOFAN 400/27/30 mg 6/j SB, PARACETAMOL 1 g 4/j SB	1	1				1	8+3	6,9+6,6	11	13,5
45	TOPALGIC LP 200 mg 2/j, EFFERALGAN 1 g 3/j, EFFEXOR LP 37,5 mg 5/j, <b>LYSANXIA 10 mg 2/j</b> , ATARAX 25 mg 3/j, ZOMIG 2,5 mg (4 boîtes de 12 cp/ms)	1	1	1			1	8+2+4+6 +0+0	6,9+4,4+3,4+7,8 +6,2+0	20	28,7
46	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, BI-PROFENID 100 mg 2/j, DEROXAT 20 mg 1/j, XANAX 0,25 mg 2/j				1		1	3+4+4+6	6,6+6,8+3,4+7,8	17	24,6
47	EFFERALGAN 1 g 3/j SB, CORTANCYL 20 mg 1/j, <b>IMOIVANE 7,5 mg 1/j</b>					1	1	1+0+8	2,2+8,8+6,2	9	17,2
48	<b>ZAMUDOL LP 100 mg 2/j</b> , PARACETAMOL 1 g 4/j SB	1						4+1	4,6+2,2	5	6,8
49	<b>DI-ANTALVIC 400/30 mg 6/j SB</b> , STABLON 12,5 mg 1/j, <b>STILUNOX 10 mg 1/j</b>	1	1			1	1	4+2+8	2,3+1,7+6,2	14	10,2
50	<b>SOPHIDONE 8 mg 2/j</b> , DEROXAT 20 mg 1/j, <b>MYOLASTAN 50 mg 3/j</b>	1	1	1			1	12+4+9	7,4+3,4+11,4	25	22,2
51	TOPALGIC LP 150*2, PARACETAMOL 1 g 4/j, LAROXYL 8 Gtt, <b>MYOLASTAN 50 mg 1/j</b>	1	1	1			1	8+3+2+6	6,9+6,6+2,3+7,6	19	23,4
52	<b>IXPRIM 37,5/325 mg 3/j</b> , LYRICA 150 mg 1/j, LAROXYL 20 Gtt/j	1					1	4+10+2	4,6+3,8+2,3	16	10,7
53	<b>KLIPAL 600/50 mg 1/j</b> , IBUPROFENE 400 mg 3/j, LAROXYL 50 mg 2/j	1	1				1	4+6+4	2,3+10,2+4,6	14	17,1
54	PAROXETINE 20 mg 1/j, <b>RIVOTRIL 8 Gtt/j</b>			1			1	4+6	3,4+7,8	10	11,2
55	ACUPAN 20 mg 1/j, ANAFRANIL 75 mg 1/j, LAROXYL 10 Gtt/j, LIORRESAL 10 mg 6/j	1	1				1	8+4+2+12	4,6+4,6+2,3+8,8	26	20,3
56	TOPALGIC 100 mg 2/j, IBUPROFENE 400 mg 3/j SB, MIANSERINE 10 mg 2/j, <b>RIVOTRIL 15 Gtt/j</b>	1	1				1	8+2+2+6	6,9+3,4+1,7+7,8	18	19,8
57	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, FLUOXETINE 20 mg/j, LAROXYL 25 mg 1/j, BROMAZEPAM 6 mg 0,5/j SB				1		1	1+4+2+3	2,2+3,4+2,3+3,9	10	11,8
58	<b>ZALDIAR 37,5/325 mg 3/j SB</b> , DEROXAT 20 mg 0,5/j, LAROXYL 5 Gtt/j, ATEPADENE 30 mg 3/j	1	1				1	4+2+2+9	2,3+1,7+2,3+6,6	17	12,9
59	PARACETAMOL 1 g 4/j, LYRICA 150 mg 2/j, <b>ZOLPIDEM 10 mg 1/j</b> , ATEPADENE 30 mg 3/j					1	1	3+10+8+9	6,6+3,8+6,2+6,6	30	23,2
60	TOPALGIC LI 50 mg 4/j SB, ADVIL 400 mg 3/j SB, LAROXYL 10 Gtt/j	1					1	4+2+2	2,3+3,4+2,3	8	8
61	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, LYRICA 50 mg 3/j, DEROXAT 20 mg 1/j, <b>MYOLASTAN 50 mg 3/j</b>			1			1	1+10+4+9	2,2+3,8+3,4+11,4	28	20,8
62	<b>DI-ANTALVIC 400/30 mg 6/j SB</b> , SEROPLEX 10 mg 1/j, <b>NORMISON 20 mg 1/j</b>	1	1				1	4+4+12	2,3+3,4+11,7	20	17,4
63	<b>ZAMUDOL LP 50 mg 2/j</b> , <b>IXPRIM 37,5/325 mg 3/j SB</b> , LAROXYL 12 Gtt/j, LYRICA 100 mg 2/j	1	1				1	4+4+2+10	4,6+2,3+2,3+3,8	20	13
64	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, EPITOMAX 50 mg 2/j						1	1+10	2,2+3,8	11	6
65	<b>SKENAN LP 10 mg 2/j</b>	1					1	6	3,7	6	3,7
66											
67	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, <b>LEXOMIL 6 mg 0,5/j</b>			1			1	1+6	2,2+7,8	7	10
68	<b>MONOCRIXO 300/j</b> , <b>IXPRIM 37,5/325mg 3/j</b> , SEROPLEX 20mg/j, LYRICA 450mg/j, <b>RIVOTRIL 2mg/j</b>	1	1	1			1	8+4+6+15+6	6,9+4,6+5,1+5,7+7,8	39	30,1
69	EFFERALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j, LYRICA 150 mg 2/j							8+10	6,9+3,8	18	10,7
70	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, CELEBREX 200 mg 2/j, <b>ZOLUPEM 10 mg 1/j</b>					1	1	1+6+8	2,2+10,2+6,2	15	18,6
71	<b>MONOCRIXO LP 150 mg 1/j</b> , PARACETAMOL 1 g 2/j, LAROXYL 50 mg 1/j, ALPRAZOLAM 0,25 mg 1/j	1	1		1		1	4+2+3+3	4,6+4,4+2,3+3,9	11	15,2
72	<b>SKENAN LP 10 mg 3/j</b> , EFFERALGAN CODEINE 500/300 6/j, LAROXYL 50 mg 1/j	1	1				1	12+8+2	7,4+6,9+2,3	22	16,6
73	TRAMADOL LP 150 mg 2/j, VENLAFAXINE LP 75 mg 1/j, <b>RIVOTRIL 5 Gtt/j</b>	1	1				1	8+4+6	6,9+3,4+7,8	18	18,1
74	PROPOFAN 400/27/30 mg 6/j SB, PARACETAMOL 1 g 4/j SB							4+1	2,3+2,2	5	4,5

**En rouge** : Opioides forts ; **En vert** : Opioides faibles ; **En violet** : Benzodiazépines (En jaune si fortement dosées) ; **En orange** : Dose supra-thérapeutique ; **En bleu** : Médicament non intégré dans le MQS  
**Pal3** : Palier 3 ; **Pal2** : Palier 2 ; **BZDa**/n/j : Benzodiazépines apparentées / normodosées / à doses infra-thérapeutiques ; **DG** : Traitement dépendogène ; **MQS** : Medication Quantification Scale

Analyse de la consommation médicamenteuse à visée antalgique, à l'ADMISSION : calcul détaillé des MQS scores												
	Analgésiques et co-antalgiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDI	BZDa	DG	Calcul MQS- I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III	
1	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 1/j SB, PROFENID 150 mg 2/j 10j		1					4+4+6	4,6+2,3+10,2	14	17,1	
2	EFFERALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j SB, CYMBALTA 30 mg 1/j		1					8+2	6,9+2,3	10	9,2	
3	PARACETAMOL 1 g 4/j, KETOPROFENE 150 mg/j, NORSET 15 mg/j, LYRICA 100 mg 2/j, VERSATIS 1/j		1					3+4+4+10+0	6,6+6,8+4,6+3,8+2,2	21	24,0	
4	IXPRIM 37,5/325 mg 2/j, FLUOXETINE 10 mL/j (20 mg/5 mL), LYSANXIA 30 Gtt (15 mg)		1	1			1	4+4+6	4,6+3,4+7,8	14	15,8	
5	TRAMADOL LP 100 mg 2/j, TRAMADOL LI 50 mg SB, IXPRIIM 37,5/325 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, SEROPLEX 20 mg 1/2*2/j XANAX 0,25 mg 3/j, ATARAX 25 mg 3/j		1	1			1	4+4+4+2+6+6+0	4,6+2,3+4,6+2,2+5,1+7,8+6,2	26	32,8	
6	Aucun traitement							0	0	0	0,0	
7	ACUPAN 20 mg 1/j, PARACETAMOL 1 mg 4/j, EFFEXOR LP 75 mg 2/j		1					4+3+4	4,6+6,6+3,4	11	14,6	
8	TRAMADOL LP 150 mg 2/j, KETOPROFENE LP 100 mg 1/j, VENLAFAXINE 75 mg 2/j, LAROXYL 25 Gtt, ALPRAZOLAM 0,5 mg 2/j, ZOPICLONE 7,5 mg 1/j		1	1		1	1	8+2+4+2+6+8	6,9+3,4+3,4+2,3+7,8+6,2	30	30,0	
9	ZOLOFT 25 mg 3/j, XANAX 0,5 mg 3/j, NOCTAMIDE 1 mg 1/j			1			1	4+6+8	3,4+7,8+7,8	18	19,0	
10	Aucun traitement							0	0	0	0,0	
11	Aucun traitement							0	0	0	0,0	
12	PARACETAMOL 1g 4/j SB, CYMBALTA 60 mg 1/j, LAROXYL 15 Gtt/j (15 mg/j)							1+4+2	2,2+3,4+2,3	7	7,9	
13	Aucun traitement							0	0	0	0,0	
14	SKENAN 30 mg 2/j, PARACETAMOL 1g 3/j, LAROXYL 20 Gtt/j (20 mg/j)	1					1	12+2+2	7,4+4,4+2,3	16	9,0	
15	MONOCRIXO 150 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j		1					4+2	4,6+4,4	6	9,0	
16	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, CONTRAMAL LI 50 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j		1					4+4+2	4,6+4,6+4,4	10	13,6	
17	CYMBALTA 30 mg 1/j, LORAZEPAM 1 mg 1/j, ZOPICLONE 7,5 mg 1/j						1	2+3+8	1,7+3,9+6,2	13	11,8	
18	RIVOTRIL 2 mg 0,5/j						1	8	7,8	8	7,8	
19	ACUPAN 20 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB		1					4+1	4,6+2,2	5	6,8	
20	TRAMADOL LP 200 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 3/j, LYRICA 150 mg 2/j		1					4+4+10	4,6+4,6+3,8	18	13	
21	Aucun traitement							0	0	0	0,0	
22	DAFALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j SB, LAROXYL 50 mg 1/j, SERESTA 10 mg 1/j		1				1	4+4+3	2,3+4,6+3,9	11	10,8	
23	PARACETAMOL 1 g 3/j							2	4,4	2	4,4	
24	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 3/j, EFFEXOR LP 75 mg 1/j, LAROXYL 26 Gtt/j		1					4+4+4+2	4,6+4,6+3,4+2,3	14	14,9	
25	MONOCRIXO LP 100 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, NORSET 15 mg 1/j, LYRICA 25 mg 2/j		1					4+1+4+5	4,6+2,2+3,4+1,9	14	12,1	
26	MONOCRIXO 150 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB		1					4+1	4,6+2,2	5	6,8	
27	ACUPAN 20 mg 2/j, DOLIPRANE 1 g 3/j, MIANSERINE 30 mg 2/j, PRAZEPAM 10 mg 1/j		1	1			1	4+2+6+6	4,6+4,4+5,1+7,8	18	21,9	
28	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 4/j SB, CYMBALTA 60 mg/j, TERCIAN 25 mg 0,5/j		1					8+4+4+0	6,9+2,3+3,4+3,6	16	16,2	
29	ACUPAN 20 mg 1/j SB, VERSATIS 700 mg 1/j		1					4+0	2,3+2,2	4	4,5	
30	PARACETAMOL 1 g 4/j, MIANSERINE 60 mg 1/j							3+6	6,6+5,1	9	11,7	
31	Aucun traitement							0	0	0	0,0	
32	SEROPLEX 20 mg 1/j, XANAX 0,5 mg 1/j						1	6+3	5,1+3,9	9	9,0	
33	PARACETAMOL 1 g 4/j, RIVOTRIL 2 mg 0,25/j, SIFROL LP 0,26 mg 1/j						1	3+6+6	6,6+7,8+4,4	15	18,8	
34	OXYCONTIN 10 mg 2/j, PARACETAMOL 1g 4/j SB, LYRICA 100 mg 2/j	1					1	12+1+10	7,4+2,2+3,8	23	13,4	
35	TOPALGIC LP 150 mg 2/j, PARACETAMOL 1g 3/j SB		1					4+1	4,6+2,2	5	6,8	
36	PARACETAMOL 1 g 4/j							3	6,6	3	6,6	

	Analgésiques et co-analgésiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS-I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
37	CONTRAMAL LI 50 mg 3/j SB, PARACETAMOL 1 g 4/j SB		1					4+1	2,3+2,2	5	4,5
38	Aucun traitement							0	0	0	0,0
39	MONOCRIXO LP 300 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 2/j SB, ACUPAN 20 mg/j SB, LYRICA 150 mg 2/j		1					8+4+4+10	6,9+2,3+2,3+3,8	26	15,3
40	Aucun traitement							0	0	0	0,0
41	EFFERALGAN CODEINE 500/30 mg 6/j, LYRICA 150 mg 2/j		1					8+10	6,9+3,8	18	10,7
42	MONOCRIXO LP 100 mg 1/j, ZOLPIDEM 10 mg 1/j		1			1	1	4+8	4,6+6,2	12	10,8
43	MONOCRIXO LP 150 mg/j, PARACETAMOL 2 g/j, LAROXYL 7 Gtt/j, SEROPEX 10 mg/j, ALPRAZOLAM 0,25 mg SB		1			1	1	4+2+2	4,6+4,4+2,3	8	11,3
44	OXYCODONE 10 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j, LAROXYL 50+25 mg 1/j	1					1	12+2+4	7,4+4,4+4,6	18	16,4
45	TRAMADOL LP 200 mg 2/j, MIANSERINE 10 mg 1/j, VENLAFAXINE LP 75 mg 1/j, RIVOTRIL 5 Gtt/j		1	1			1	8+2+4+6	6,9+1,7+3,4+7,8	20	19,8
46	PROPOFAN 400/27/30 mg 6/j SB, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, ZOLOFT 25 mg 1/j, EUPHYTOSE 1/j		1					4+1+2+0	2,3+2,2+1,7+0	7	6,2
47	PARACETAMOL 1 g 4/j SB							1	2,2	1	2,2
48	TOPALGIC LP 200 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 4/j, ZOMIG 2,5 mg (4 boîtes / mois)		1					8+3+0	6,9+6,6+0	11	13,5
49	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, BI-PROFENID 100 mg 2/j, DEROXAT 20 mg 1/j							1+4+4	2,2+6,8+3,4	9	12,4
50	EFFERALGAN 1 g 3/j SB, IXEL 50 mg 2/j, IMOVANE 7,5 mg 1/j					1	1	2+6+8	4,4+5,1+6,2	16	15,7
51	TRAMADOL LP 100 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, MIANSERINE 10 mg 1/j		1					8+1+2	6,9+2,2+1,7	11	10,8
52	DI-ANTALVIC 400/30 mg 6/j SB, STABLON 12,5 mg 1/j, STILNOX 10 mg 1/j		1			1	1	4+4+8	2,3+3,4+6,2	16	11,9
53	EFFEXOR LP 75 mg 1/j, NOCTRAN 10 mg 1/j, TERCIAN 7 Gtt/j			1			1	4+8+0	3,4+7,8+3,6	12	14,8
54	SOPHIDONE 8 mg 2/j, MYOLASTAN 50 mg 3/j, DEROXAT 20 mg 1/j	1		1			1	12+9+4	7,4+11,4+3,4	25	22,2
55	TRAMADOL LP 150 mg 2/j, DI-ANTALVIC 400/30 mg 8/j, MIANSERINE 10 mg 1/j		1					8+12+2	6,9+9,2+1,7	22	17,8
56	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, IXEL 50 mg 1/j							1+4	2,2+3,4	5	5,6
57	IXPRIIM 37,5/325 mg 3/j, LAROXYL 20 Gtt/j, LYRICA 150 mg 1/j		1					4+2+10	4,6+2,3+3,8	16	10,7
58	KLIPAL 600/50 mg 1/j, IBUPROFENE 400 mg 3/j, LAROXYL 50 mg 2/j		1					4+6+4	2,3+10,2+4,6	14	17,1
59	PARACETAMOL SB, PAROXETINE 20 mg/j, RIVOTRIL 13 Gtt/j, PROPRANOLOL 40 mg/j, ALMOGRAN SB			1			1	1+4+6+0+0	2,2+3,4+7,8+4,0+0	11	17,4
60	PARACETAMOL 1g 4/j, LYRICA 100 mg 3/j							3+15	6,6+5,7	18	12,3
61	ACUPAN 20 mg 1/j, LIORESAL 10 mg 6/j, ANAFRANIL 75 mg 2/j, LAROXYL 35 Gtt/j		1					4+6+4+2	4,6+4,4+6,2+3	16	15,9
62	Aucun traitement							0	0	0	0,0
63	TOPALGIC LP 100 mg 2/j, IBUPROFENE 200 mg 3/j SB, MIANSERINE 10 mg 1/j, RIVOTRIL 15 Gtt/j			1			1	8+2+2+6	6,9+3,4+1,7+7,8	18	19,8
64	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, FLUOXETINE 20 mg 1/j							1+4	2,2+3,4	5	5,6
65	PARACETAMOL 1g 4/j SB, LAROXYL 25 mg 1/j, RIVOTRIL 5 Gtt/j			1			1	1+2+6	2,2+2,3+7,8	9	12,3
66	ZALDIAR 37,5/325 mg 3/j, ZOLOFT 50 mg 2/j, ATEPADENE 30 mg 3/j		1					4+4+9	4,6+3,4+6,6	17	14,6
67	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, SEROPEX 10 mg 1/j, LYRICA 300+150 mg /j, RIVOTRIL 1 mg 1/j, ZOLPIDEM 10 mg 1/j, ATEPADENE 30 mg 3/j			1		1	1	1+4+15+6+8+9	2,2+3,4+5,7+7,8 +6,2+6,6	43	31,9
68	TOPALGIC LI 50 mg 4/j SB, LAROXYL 10 Gtt/j		1					4+2	2,3+2,3	6	4,6
69	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, LAROXYL 25 mg 1/j, PAROXETINE 20 mg 1/j, LYRICA 150 mg 2/j		1					8+2+4+10	6,9+2,3+3,4+3,8	24	16,4
70	DI-ANTALVIC 400/30 mg 4/j, SEROPEX 10 mg 1/j, TRANXENE 20 mg 1/j, UTEPLEX 2 mg 6/j		1	1			1	4+4+6+0	4,6+7,8+3,9	14	16,3
71	LAMALINE 300/10 3/j, PARACETAMOL 1 g 4/j SB		1					4+1	4,6+2,2	5	6,8
72	PARACETAMOL 1 g 4/j SB, EFFEXOR LP 37,5 mg 1/j							1+2	2,2+1,7	3	3,9
73	ZAMUDOL LP 100 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 4/j		1					8+3	6,9+6,6	11	13,5
74	TOPALGIC 200 mg 2/j, MYOLASTAN 50 mg 2/j, ATARAX 100 mg 6/j		1	1			1	8+6+0	6,9+7,6+12,4	14	26,9

En rouge : Opioides forts ; En vert : Opioides faibles ; En violet : Benzodiazépines apparentées / normodosées / à doses infra-thérapeutiques ; DG : Traitement dépendogène ; MQS : Medication Quantification Scale  
Pal3 : Palier 3 ; Pal2 : Palier 2 ; BZDa/n/j : Benzodiazépines apparentées / normodosées / à doses infra-thérapeutiques ; DG : Traitement dépendogène ; MQS : Medication Quantification Scale

Analyse de la consommation médicamenteuse à visée antalgique, à la 1 <sup>ère</sup> année POST-ADMISSION : calcul détaillé des MQS scores											
	Analésiques et co-antalgiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS-I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
1	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, OROZAMUDOL 50 mg SB, SEROPLEX 20 mg 1/j		1					8+4+6	6,9+2,3+5,1	18	14,3
3	ACUPAN 20 mg 1,5*3/j, BI-PROFENID LP 100 mg 1/j		1					4+2	4,6+3,4	6	8
4	IXPRIM 37,5/325 mg 2/j, FLUOXETINE 10 mL/j (20 mg/5 mL), LYSANXIA 30 Gtt de 0,5 mg		1	1		1		4+4+6	4,6+3,4+7,8	14	15,8
5	MONOALGIC LP 300 mg 1/j, OROZAMUDOL 50 mg 1/j, SEROPLEX 20 mg 1/j, ATARAX 25 mg 1/j, RELPAX 20 mg 4/crs (2 crs/ms)		1					8+4+6+0+0	6,9+2,3+5,1+3,1+0	18	17,4
6	DOLIPRANE 1 g SB, SPIFEN 200 mg 3/semaines, PASSIFLORE 77,67 mg 1/j		1					1+2+0	2,2+3,4+0	3	5,6
7	LAMALINE 300/10 mg SB, EFFEXOR LP 75+37,5 mg 1/j, THIOCOLCHICOSIDE 4 mg 1/j		1					4+4+3	2,3+3,4+2,2	11	7,9
8	IXPRIM 37,5/325 mg 3/j SB, LAROXYL 25 mg 1/j, ZOPICLONE 7,5 mg 1/j		1			1		4+2+8	2,3+2,3+6,2	14	20,2
9	TRAMADOL LP 50 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j, CYMBALTA 60 mg 1/j, XANAX 0,5mg 2/j		1	1		1		4+2+4+6	4,6+4,4+3,4+7,8	16	20,2
10	Aucun traitement							0	0	0	0,0
11	Aucun traitement							0	0	0	0,0
13	LAROXYL 50 mg 1/j							4	4,6	4	4,6
14	MONOCRIXO 200 mg 2/j, ACUPAN 20 mg 1/j SB, MIANSERINE 60 mg 1/j		1					8+4+6	6,9+2,3+5,1	18	14,3
15	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j, CYMBALTA 30 mg 1/j, LAROXYL 10 Gtt/j		1					4+2+2+2	4,6+4,4+1,7+2,3	10	13
16	MONOCRIXO LP 150 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j		1					8+2	6,9+4,4	10	11,3
17	MONOALGIC LP 300 mg 2/j, CYMBALTA 60 mg 1/j, LORAZEPAM 1 mg 0,5/j, TERCIAN 25 mg 1/j		1		1		1	12+4+3+0	9,2+3,4+3,9+3,6	19	20,1
18	PARACETAMOL 1g 3/j, LAROXYL 50 mg 1/j, SIFROL 0,18 mg 0,5/j							2+4+3	4,4+4,6+2,2	9	11,2
19	ACUPAN 20 mg 1/j, EFFERALGAN 1 g 3/j SB		1					4+1	2,3+2,2	5	4,5
20	TRAMADOL LP 150 mg 1/j, IBUPROFENE 400 mg 3/j 10j/ms, VERSATIS 700 mg 1/j		1					4+4	4,6+6,8	8	11,4
21	Aucun traitement							0	0	0	0,0
22	NEFOPAM 20 mg 1/j SB, IBUPROFENE 200 mg SB (si migraine)		1					4	2,3	4	2,3
23	PARACETAMOL 1 g 3/j, VERSATIS 700 mg 1/j							2	3,4	2	3,4
24	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, IXPRIM 37,5/325 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 1/j, EFFEXOR LP 75 mg 1/j, LAROXYL 3 Gtt/j		1					4+4+1+4+2	4,6+4,6+2,2+3,4+2,3	15	17,1
25	PARACETAMOL 1 g 4/j, CYMBALTA 60 mg 1/j, LYRICA 25 mg 2/j, LYSANXIA 10 mg 1/j, DOGMATIL 50 mg 3/j			1			1	3+4+5+6+0	6,6+3,4+1,9+7,8+3,6	18	23,3
26	MONOCRIXO LP 150 mg/j, DOLIPRANE 1 g 3/j		1					4+2	4,6+4,4	6	9
27	MIANSERINE 30 mg 1/j, PROPRANOLOL 40 mg 1/j							4+0	3,4+4,0	4	7,4
28	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, IXPRIM 37,5/325 mg 2/j, DONORMYL 15 mg 1/j		1					4+4+0	4,6+4,6+6,2	8	15,4
29	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, BREXIN 20 mg 1/j							2+4	4,4+6,8	6	11,2
30	Aucun traitement							0	0	0	0,0
31	Aucun traitement							0	0	0	0,0
32	SEROPLEX 20 mg 1/j							6	5,1	6	5,1
35	TOPALGIC LP 150 mg 2/j, PARACETAMOL 1g 3/j SB		1					8+2	6,9+4,4	10	11,3
36	PARACETAMOL 1 g 4/j							3	6,6	3	6,6

	Analgésiques et co-antalgiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS- I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
37	TRAMADOL LP 50 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, LAROXYL 15 Gtt/j, SERTRALINE 50 mg 1/j		1					4+1+2+4	2,3+2,2+2,3+3,4	11	10,2
38	Aucun traitement							0	0	0	0,0
39	TRAMADOL LP 100 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 2/j SB, ANAFRANIL 25 mg 2/j		1					4+4+4	4,6+2,3+4,6	12	11,5
40	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, FLUOXETINE 20 mg 0,5/j							1+2	2,2+1,7	3	3,9
41	NEURONTIN 300 mg 3/j							10	3,8	10	3,8
42	MONOCRIXO LP 100 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j		1					4+2	4,6+4,4	6	9,0
43	TRAMADOL LI 50 mg 2/j SB, SEROPLEX 10 mg 1/j, LAROXYL 7 Gtt/j, SIFROL 0,18 mg 1/j							4+4+2+3	4,6+3,4+2,3+2,2	13	12,5
46	RIVOTRIL 7 Gtt/j			1			1	6	7,8	6	7,8
47	PARACETAMOL 1 g 3/j SB							1	2,2	1	2,2
48	TOPALGIC LP 200 mg 2/j, NUREFLEX 400 mg 3/j, EFFEXOR LP 75 mg 2/j, LYSANXIA 10 mg 3/j, ATARAX 25 mg 3/j, ZOMIG 2,5 mg SB		1	1			1	8+6+4+6+0+0	6,9+10,2+3,4+7,8+6,2+0	24	34,5
49	TOPALGIC LP 100 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 4/j SB, DEROXAT 20 mg 1/j, XANAX 0,25 2/j		1				1	4+1+4+3	4,6+2,2+3,4+3,9	12	14,1
50	Aucun traitement							0	0	0	0
51	SKENAN 10 mg 2/j, TRAMADOL LP 100 mg 2/j, SEROPLEX 5 mg 1/j		1				1	6+8+2	3,7+6,9+1,7	16	12,3
52	NIFLURIL 250 mg 1/j SB, VIVALAN 100 mg 3/j, STILNOX 10 mg 1/j						1	2+4+8	3,4+3,4+6,2	14	13
53	EFFEXOR LP 75 mg 1/j, NOCTRAN 10 mg 1/j, TERCIAN 7 Gtt/j			1			1	4+8+0	3,4+7,8+3,6	12	14,8
54	TOPALGIC LP 100 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, ATHYMIL 10 mg ¼ cp/j, DEROXAT 20 mg 2/j, NEURONTIN 400 mg 3/j		1					8+1+2+4+10	6,9+2,2+1,7+3,4+3,8	25	18
56	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, IXEL 50 mg 1/j							1+4	2,2+3,4	5	5,6
58	TOPALGIC LP 100 mg 2/j, DOLIPRANE 1 g 3/j SB		1					8+1	6,9+2,2	9	9,1
59	IXPRIM 37,5/325 mg 4/j, PAROXETINE 20 mg 1/j, RIVOTRIL 11 Gtt/j		1				1	4+4+6	4,6+3,4+7,8	14	15,8
62	Aucun traitement							0	0	0	0,0
64	FLUOXETINE 20 mg 1/j							4	3,4	4	3,4
66	TOPALGIC LP 100 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j, ZOLOFT 50 mg 2/j, ATEPADENE 30 mg 3/j, ZOPHREN 4/j		1					8+2+4+9+0	6,9+4,4+3,4+6,6+0	23	21,3
67	TOPALGIC LP 200 mg 2/j LP, IXPRIIM 37,5/325 mg 3 SB, SEROPLEX 10 mg 1/j LYRICA 75 mg 2/j		1					8+4+4+10	6,9+2,3+3,4+3,8	26	16,4
68	PARACETAMOL 1 g 3/j							2	4,4	2	4,4
69	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, CYMBALTA 60 mg 1/j, LYRICA 300 mg 1/j		1					8+4+10	6,9+3,4+3,8	22	14,1
71	LAMALINE 300/10 3/j		1					4	4,6	4	4,6
72	DI-ANTALVIC 400/30 mg 3/j SB, STABLON 12,5 mg 4/j		1					4+8	2,3+6,8	12	9,1
74	TOPALGIC 100 mg 2/j, DOLIPRANE 500 mg 6/j, FLOXIFRAL 100 mg 1/j, STILNOX 10 mg 1/j, ATARAX 100 mg 1/j		1				1	8+2+4+0	6,9+4,4+3,4+9,3	14	24

**En rouge** : Opioides forts ; **En vert** : Opioides faibles ; **En violet** : Benzodiazépines apparentées / normodosées ; **En jaune** si fortement dosées) ; **En orange** : Dose supra-thérapeutique ; **En bleu** : Médicament non intégré dans le MQS  
Pal3 : Palier 3 ; Pal2 : Palier 2 ; BZDa/n/j : Benzodiazépines apparentées / normodosées / à doses infra-thérapeutiques ; DG : Traitement dépendant ; MQS : Medication Quantification Scale

Analyse de la consommation médicamenteuse à visée antalgique, à la 2 <sup>ème</sup> année POST-ADMISSION : calcul détaillé des MQS scores											
	Analgésiques et co-analgésiques (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pa13	Pa12	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS- I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
1	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, SEROPLEX 10 mg 1/j, XANAX 0,25 mg 3/j		1	1			1	4+4	4,6+3,4	8	8,0
3	ACUPAN 20 mg 1,5*3/j, PARACETAMOL 1g 3/j SB, NORSET 15 mg 1/j, VERSATIS 700 mg 1/2 /j, ATARAX 25 mg 1/j		1					4+1+4+0+0	4,6+2,2+3,4+1,1+3,1	9	14,4
5	TRAMADOL LP 300 mg 1/j, OROZAMUDOL 50 mg SB, SEROPLEX 20 mg 1/j, ATARAX 25 mg 2/j		1					8+4+4+0	6,9+2,3+3,4+6,2	16	18,8
7	Aucun traitement							0	0	0	0,0
8	TRAMADOL LP 100 mg 2/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 4/j SB, PARACETAMOL 1g 3/j SB, AMITRIPTYLINE 25 mg 1/j, VENLAFAXINE 37,5+75 mg 1/j, ALPRAZOLAM 0,5 mg 1/j, ZOPICLONE 7,5 mg 1/j		1		1		1	8+4+1+2+4+3+8	6,9+2,3+2,2+2,3+3,4+3,9+6,2	30	27,2
11	Aucun traitement							0	0	0	0,0
14	MONOCRIXO LP 200 mg 2/j, NORSET 15 mg 2/j		1					8	6,9	8	6,9
17	MONOCRIXO LP 300 mg 1/j, IBUPROFENE 400 mg 3/j 10j/ms, CYMBALTA 60 mg 1/j		1					4+4+4	3,4+6,8+3,4	12	13,6
18	TRAMADOL LP 300 mg 1/j, PARACETAMOL 1g 3/j, LAROXYL 50 mg 1/j, VERSATIS 700 mg 1/j, SIFROL 0,18 mg 0,5/j		1					8+2+0+3	6,9+2,3+2,2+2,2	13	13,6
19	ACUPAN 20 mg 1/j, EFFERALGAN 1 g 3/j SB		1					4+1	4,6+2,2	5	6,8
20	MONOCRIXO LP 100 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 3/j, VERSATIS 700 mg 1/j SB		1					4+4+0	4,6+4,6+1,1	8	10,3
21	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, PROFENID 100 mg 1/j 15 j/ms							1+2	2,2+3,4	3	5,6
23	CODOLIPRANE 500/30 mg 3/semaines, DOLIPRANE 1 g 3/j, VERSATIS 700 mg 1/j		1					4+2+0	2,3+4,4+2,2	6	8,9
24	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 2/j, PAROXETINE 20 mg 0,5/j, XANAX 0,25 mg 3/semaines		1		1		1	4+4+8+3	4,6+4,6+6,9+3,9	19	20
25	PARACETAMOL 1 g 4/j, IBUPROFENE 200 mg 3/j SB, CYMBALTA 60 mg 1/j, LYSANXIA 10 Gtt/j (5 mg/j), DOGMATIL 50 mg 1/j				1		1	3+2+4+3+0	6,6+3,4+3,4+3,9+3,6	12	20,9
26	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, DOLIPRANE 1 g 3/j		1					4+2	4,6+4,4	6	9,0
27	ACUPAN 20 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j		1					4+2	4,6+4,4	6	9,0
28	MONOCRIXO LP 150 mg 1/j, CYMBALTA 60 mg 1/j, VERSATIS 700 mg 1/j, ATARAX 25 mg 1/j, PIASCLEDINE 100/100 mg 1/j		1					4+4+0+0+0	4,6+3,6+2,2+3,1+0	8	13,5
29	DAFALGAN CODEINE 500/30 4/j SB, LAROXYL 15 Gtt/j		1					8+2	6,9+1,7	10	8,6
30	LAROXYL 25 mg 1/j SB							2	1,7	2	1,7
31	Aucun traitement							0	0	0	0,0
32	IZALGI 500/25 mg 3/j, SEROPLEX 20 mg 1/j		1					8+6	6,9+5,1	14	12,0
33	MONOCRIXO LP 100 mg 1/j, LYSANXIA 5 Gtt/j (2,5 mg)		1		1		1	4+3	4,6+3,9	7	8,5
34	TRAMADOL LP 100 mg 2/j, TRAMADOL LI 50 mg 3/j SB, PREGABALINE 50 mg 2/j		1					8+4+5	6,9+2,3+1,9	17	11,1
35	TOPALGIC LP 150 mg 2/j, IXPRIIM 37,5/325 mg 2/j, SIFROL 0,18 mg 3/j		1					8+4+6	6,9+4,6+4,4	18	15,9
36	PARACETAMOL 1 g 4/j							3	6,6	3	6,6

	<b>Analgésiques et co-antalgiques</b> (spécialités pharmaceutiques, posologie)	Pal3	Pal2	BZDn	BZDi	BZDa	DG	Calcul MQS- I	Calcul MQS-III	MQS-I	MQS-III
37	TRAMADOL LP 50 mg 2/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, LAROXYL 8 Gtt/j, SERTRALINE 50 mg /1/j		1					4+1+2+4	4,6+2,2+2,3+3,4	11	12,5
38	Aucun traitement							0	0	0	0,0
39	MONOCRIXO LP 200 mg/j, PARACETAMOL 1 g 3/j, ANAFRANIL 25 mg 2/j		1					8+2+4	6,9+4,4+3,4	14	14,7
43	MONOCRIXO LP 100 mg 1/j, PARACETAMOL 1 g 3/j SB		1					4+1	4,6+2,2	5	6,8
46	PARACETAMOL 1 g 3/j SB, EFFEXOR LP 75 mg 2/j, RIVOTRIL 5 Gtt/j			1			1	1+4+6	2,2+3,4+7,8	11	13,4
48	DUROGESIC 25 µg/h 1/72h, EFFEXOR LP 75 mg 2/j, LYSANXIA 10 mg 3/j, IMOVANE 7,5 mg 1/j, ATARAX 25 mg 1/j, IMIJECT (16 injections SC / mois)	1		1			1	12+4+6+8+0+0	7,4+3,4+7,8+6,2+3,1+0	30	27,9
50	Aucun traitement							0	0	0	0,0
59	TRAMADOL LP 200 mg 1/j, EFFERALGAN 1 g 3/j, RIVOTRIL 15 Gtt/j, PROPRANOLOL LP 80 mg 1/j, ALMOGRAN 12,5 mg 1/j SB		1	1				8+2+0+0	6,9+4,4+4,0+0	10	15,3
62	Aucun traitement							0	0	0	0,0
68	TRAMADOL LI 50 mg 3/j SB, PARACETAMOL 1 g 3/j SB, XANAX 0,5 mg 1/j		1		1		1	4+1+3	2,3+2,2+3,9	8	8,4
69	MONOCRIXO LP 200 mg 1/j, DOLIPRANE 1 g 3/j SB, CYMBALTA 60 mg 1/j, LYRICA 300 mg 1/j		1					8+1+4+10	6,9+2,2+3,4+3,8	23	16,3
72	EFFERALGAN 1 g 3/j, PAROXETINE 20 mg 1/j, ALPRAZOLAM 0,5 mg 1/j				1		1	2+4+3	4,4+3,4+3,9	9	11,7
74	TOPALGIC LP 150 mg 2/j, DOLIPRANE 1g 3/j SB, STABLON 12,5 mg 3/j, LEXOMIL 6 mg 0,5+0,5+1 /j, MEPRONIZINE 400/10 mg 1/j, TIAPRIDAL 100 mg 2/j		1	1			1	8+1+6+6+8+0	6,9+2,2+5,1+7,8+6,2+7,2	29	35,4
	<b>En rouge</b> : Opioides forts ; <b>En vert</b> : Opioides faibles ; <b>En violet</b> : Benzodiazépines (En jaune si fortement dosées) ; <b>En orange</b> : Dose supra-thérapeutique ; <b>En bleu</b> : Médicament non intégré dans le MQS Pal3 : Pallier 3 ; Pal2 : Pallier 2 ; BZDa/n/i : Benzodiazépines apparentées / normodosées / à doses infra-thérapeutiques ; DG : Traitement dépendogène ; MQS : Medication Quantification Scale, SC : sous-cutanée										

## Annexe 13 : Intégralité des verbatims exprimés (regroupement thématique multiaxial)

**A) Vous pouvez nous laisser une remarque** (aspects positifs et négatifs de votre prise en charge, dispositifs de réinsertion mobilisés durant votre carrière, autres points que vous souhaitez aborder)

### 1. Groupe sans reprise

#### 1.1. Axe Médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :

- 1 « Le centre antidouleur m'a beaucoup aidé ».
- 2 « Le médecin généraliste a toujours été là ».
- 3 « Le centre antidouleur m'a pris au sérieux ».
- 4 « Le centre antidouleur m'a beaucoup apporté ».

#### 1.2. Axe Médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :

- 1 « La prise en charge est bonne au CETD mais le suivi n'est pas assez durable, surtout au début quand les médicaments ont été baissés et qu'il faudrait revoir rapidement le médecin de la douleur ».
- 2 « Intérêt de la sensibilisation des médecins se formant au CETD : tous les médecins ne sont pas sensibilisés à la problématique causée par la fibromyalgie ».
- 3 « Le plus important, c'est l'humanisation avec des entretiens individuels, surtout pour l'annonce diagnostique de la fibromyalgie ».
- 4 « Le problème avec la fibromyalgie, c'est qu'il n'y a pas de traitement efficace ».
- 5 « Le rythme du programme est à personnaliser, car les groupes sont hétérogènes ».
- 6 « Il faudrait faire reconnaître la fibromyalgie par la CPAM, pour la prise en charge antidouleur ».
- 7 « Il faut sensibiliser les docteurs à la fibromyalgie dans les facs ».
- 8 « Il persiste beaucoup de murs et de barrières, il faudrait une prise de conscience générale de la fibromyalgie par les médecins ».

#### 1.3. Axe Fonctionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :

« La balnéothérapie est bénéfique sur mes douleurs ».

#### 1.4. Axe Fonctionnel (Points négatifs et aspects à améliorer)

#### 1.5. Axe Psychocorporel (Points positifs et éléments de satisfaction) :

- 1 « Le CMP est très présent pour m'aider ».
- 2 « Le psychiatre est important, car il est à l'écoute de nos difficultés au travail ».

#### 1.6. Axe Psychocorporel (Points négatifs et aspects à améliorer) :

- 1 « Le problème de la fibromyalgie, c'est qu'à partir du moment où ça ne se voit pas, il n'y a aucune considération pour nous comprendre ».
- 2 « Il y a une disparité de la reconnaissance de la pathologie selon les régions, malgré des pétitions ».
- 3 « Malheureusement, on m'a dit que mes douleurs risquent d'être aggravées si je reste trop longtemps debout. Ça m'a déprimé ».
- 4 « On devient dépressif, à force de n'être pas entendue ».
- 5 « Il faudrait un accompagnement psychologique, pour les départs à la retraite et les mises en invalidité qui sont trop brutales ».
- 6 « On n'est pas toujours compris dans notre situation ».
- 7 « Il faut faire évoluer les mentalités sur le handicap invisible ».

#### 1.7. Axe Socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :

- 1 « J'avais fait une formation durant un DIF, avant mon hospitalisation ».
- 2 « J'ai beaucoup été aidé par le médecin-conseil ».
- 3 « J'ai suivi une formation informatique conseillée par Pôle Emploi ».
- 4 « A la maison, j'ai entamé une formation sur le toilettage que j'ai financée moi-même ».
- 5 « Maintenant que j'y repense avec ce questionnaire, je crois que je vais demander à faire une journée de découverte dans un salon de toilettage, pour voir si ce métier me correspond ».
- 6 « J'avais été au CRP bien avant l'hospitalisation ».
- 7 « J'ai pu faire une formation financée par l'AGEFIPH grâce à Cap Emploi ».
- 8 « J'ai pu auto-aménager mon poste avec mon employeur, en travaillant en binôme ».
- 9 « J'ai obtenu une formation avec le CNASEA, proposée par la MDPH (après un long temps d'attente) ».
- 10 « J'ai fait une reconversion grâce au CRP ».

- 11 « J'ai fait toutes les démarches professionnelles par moi-même, avec les Pages jaunes ».
- 12 « C'est important les retours d'expériences avec les personnes soignées, pour voir les projets professionnels et les réussites ».
- 13 « Avant le CETD, j'avais fait une formation avec l'AGEFIPH. Bien après, j'ai pu passer un bac pro comptabilité ».
- 14 « J'ai fait toutes les démarches par moi-même ».
- 15 « Le retour au travail repose surtout sur une démarche personnelle ».
- 16 « Je suis prête à témoigner pour donner des conseils aux autres personnes fibromyalgiques ».
- 17 « L'essentiel pour le travail, ce sont les démarches personnelles ».
- 18 « Je me suis investie dans une association pour sensibiliser les écoles sur le sujet du handicap invisible ».
- 19 « Pour trouver un travail, les boîtes d'intérim sont très utiles ».
- 20 « Auparavant, j'avais fait beaucoup de bilans de compétence et de formations internes ».
- 21 « C'est le CETD qui m'a conseillé la RQTH et le CRP ».
- 22 « Des conférences sur le fibromyalgie ont été organisées par la sécurité sociale ».
- 23 « C'est une bonne chose de participer à des groupes de paroles entre patients pour se soutenir ».

**1.8. Axe Socioprofessionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Le bilan de compétence m'a été refusé par l'Administration, car je n'étais pas en activité ».
- 2 « Difficile de répondre à la plupart des questions des dernières pages, en ce sens que je n'ai jamais repris mon activité professionnelle ».
- 3 « Je n'ai pas repris de travail sur cette période ».
- 4 « Cinq services se sont renvoyés la balle : la CAF, la CPAM, la CARSAT, le Conseil Général, Pôle Emploi... ».
- 5 « Je n'ai pas pu m'inscrire à Pôle Emploi avant même d'aller à Cap Emploi, car j'avais été licenciée pour inaptitude à tout poste ! ».
- 6 « Cap Emploi m'a renvoyé à Pôle Emploi. Ensuite, Pôle Emploi n'a pas voulu me renseigner car je n'étais pas inscrite... ».
- 7 « Les démarches sont trop compliquées ! ».
- 8 « Reprise de 3 mois, 3 ans après le centre antidouleur. Mise à la retraite pour invalidité 5 ans après ».
- 9 « J'ai dû arrêter ma formation de secrétariat au CRP au bout de 6 mois, en raison des douleurs ».
- 10 « J'avais un projet de reconversion, mais j'ai été mis d'office en invalidité ».
- 11 « J'ai pu m'auto-former sans informer l'employeur par crainte des barrages ».
- 12 « Nécessité d'augmenter les interventions des médecins du travail pour les travailleurs handicapés ».
- 13 « Il faudrait des ateliers avec les médecins du travail et les conseillers de Cap Emploi ».
- 14 « Il faudrait regrouper les informations avec plus de vulgarisation ».
- 15 « Il faut qu'il y ait une reconnaissance de la fibromyalgie : il faut que tous les médecins aient des informations sur cette maladie, surtout les médecins-conseil ».
- 16 « Il faudrait des outils adaptés à la fibromyalgie pour faciliter l'emploi ».
- 17 « Il faudrait une cohésion entre médecin-conseil et médecin du travail, pour que la fibromyalgie soit mieux reconnue ».
- 18 « Il y a un travail de pédagogie à mener sur le handicap, que ce soit dans les facultés, ou chez les responsables et les employeurs ».
- 19 « Il y a eu un désaccord entre médecins concernant mon invalidité qui a finalement été accordée. J'ai dû me reconvertir plusieurs fois en raison des douleurs : je suis une ancienne coiffeuse ».
- 20 « Il faut améliorer l'accompagnement des personnes souhaitant travailler malgré les douleurs ».
- 21 « C'est compliqué de mettre en place des interventions sur le travail, pour des personnes qui n'ont pas le même projet ».
- 22 « Il faudrait parler des activités de loisirs créatifs ou de remise en forme, avant de parler du travail aux personnes qui n'en n'ont plus les capacités ».

## **2. Groupe avec reprise**

### **2.1. Axe médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Le centre antidouleur s'est énormément amélioré, avec un suivi annuel de qualité ».
- 2 « Le centre antidouleur est un tremplin ».
- 3 « Le CETD et Maubreuil m'ont permis de comprendre l'importance de rester actif tous les jours ».
- 4 « Il faut un temps d'assimilation pour être prête à écouter les conseils, on s'en rend compte après-coup que ça a été très utile, notamment le TENS au travail ».
- 5 « C'est important le réseau du centre antidouleur, pour nous mettre en relation avec des kinés ou des psychiatres connaissant la fibromyalgie ».

### **2.2. Axe médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Les médicaments antidouleurs m'empêchaient de me concentrer au travail ».
- 2 « La fibromyalgie était moins bien connue en 2005, elle l'est un peu plus aujourd'hui ».
- 3 « Il y a un problème de reconnaissance de la fibromyalgie : il n'y a plus d'ALD pour cette maladie ».
- 4 « Il faudrait améliorer l'humanisation avec des entretiens individuels réguliers, surtout pour l'annonce diagnostique ».
- 5 « Ce qu'il faudrait encore améliorer, c'est proposer des chambres individuelles ».
- 6 « Ce qui manque le plus, c'est le suivi sur le long terme ».
- 7 « Il faudrait alléger le programme "One shot" et prévoir des séjours personnalisés réguliers dans les centres antidouleurs et de rééducation fonctionnelle ».
- 8 « Meilleure reconnaissance de la fibromyalgie pour savoir nous accompagner ».
- 9 « La fibromyalgie est une maladie mal connue ».
- 10 « Il faudrait être plus entourée, avec des visites au moins tous les ans avec les médecins de la douleur ».

### **2.3. Axe fonctionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « La gym et la sophrologie m'ont beaucoup apporté pour maintenir mon activité ».
- 2 « Intérêt de refaire des séjours réguliers à Maubreuil ».
- 3 « Les kinés apportent beaucoup d'encouragement : ça booste ».
- 4 « J'ai beaucoup été aidé par un ostéopathe et par un kiné pratiquant la biokinergie ».
- 5 « La sophrologie, la piscine et l'acupuncture m'ont aidé à garder mon travail ».
- 6 « Les activités de marches régulières sont utiles, en respectant son corps ».
- 7 « Mes séjours aux centres m'ont appris qu'il faut bouger, pour pouvoir continuer à travailler ».
- 8 « La kinésithérapie régulière est très utile pour continuer à travailler ».

### **2.4. Axe fonctionnel (Points négatifs et aspects à améliorer)**

### **2.5. Axe psychocorporel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « L'auto-hypnose est utile pour gérer la douleur au travail ».
- 2 « Intérêt de la psychiatrie pour soulager les douleurs sans médicaments ».

### **2.6. Axe psychocorporel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Autrefois, la fibromyalgie était assimilée à une maladie mentale, c'est nécessaire d'être écouté et soutenu, sans nous coller une étiquette de dépressif ».

### **2.7. Axe socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Le médecin de Maubreuil a transmis un compte-rendu au médecin du travail qui m'a bien accompagné, en mobilisant l'intervention du Département handicap ».
- 2 « Dans les 2 ans après l'hospitalisation, j'ai fait un bilan de compétence via Cap Emploi, puis une formation de conducteur de presse numérique financée par le conseil régional ».
- 3 « Le CRP m'a aidé à construire un projet professionnel ».
- 4 « J'ai fait un bilan de compétence grâce à Cap Emploi, puis une formation de secrétaire à Strasbourg ».
- 5 « J'ai eu un bilan de compétence grâce à un atelier de Pôle Emploi ».
- 6 « J'ai pu faire une formation de reconversion auto-financée, grâce à la Prévoyance de mon ancien employeur ».
- 7 « La Médecine du travail et Cap Emploi m'ont beaucoup aidé ».
- 8 « J'ai pu faire un bilan de compétence, suite à un entretien annuel avec mon responsable ».
- 9 « J'ai pu faire une formation informatique grâce à Cap Emploi ».
- 10 « Le médecin-conseil et le médecin du travail étaient à l'écoute ».

- 11 « J'ai bénéficié de séances de remises à niveau avec Pôle Emploi ».
- 12 « Récemment, je suis allé à des ateliers de réinsertion avec Cap Emploi ».
- 13 « La MDPH est à l'écoute (RQTH après les 2 ans ayant suivi l'hospitalisation au CETD) ».
- 14 « J'ai pu me reconverter dans la mécanique automobile, grâce à Pôle Emploi qui m'a orienté vers des formations au GRETA et à l'AFPA, ce qui m'a ensuite permis d'être embauché ».
- 15 « L'assistante sociale de mon entreprise m'a beaucoup aidé ».
- 16 « Le médecin du travail m'a beaucoup aidé pour la reprise, grâce à un arrêt maladie fractionné ».
- 17 « Le médecin de la douleur m'a conseillé de demander une RQTH ».
- 18 « J'ai rencontré 2 médecins de Pathologie professionnelle qui m'ont aidé à faire reconnaître une maladie professionnelle ».
- 19 « J'ai pu faire un bilan de compétence avec l'aide d'un agent de mobilité ».
- 20 « Ça m'a aidé de participer à l'association des fibromyalgiques de Nantes et de rencontrer des patients au CETD ».
- 21 « Ça m'a aidé de faire des formations internes régulières ».
- 22 « La FNATH m'a permis de toucher une pension d'invalidité, tout en maintenant ma nouvelle activité de chauffeur poids-lourd ».
- 23 « J'ai bénéficié d'une aide exceptionnelle de l'AGEFIPH que j'ai sollicité moi-même directement, pour pouvoir me rendre au travail en taxi ».
- 24 « Ça été facile avec le diagnostic de fibromyalgie, pour justifier les aménagements auprès de mon employeur : ce diagnostic a permis un meilleur dialogue avec ma société ».
- 25 « Pôle Emploi m'a orienté vers l'AFPA qui m'a permis de me reconverter dans la plasturgie, grâce à une formation rémunérée ».
- 26 « Le médecin-conseil était très à l'écoute ».
- 27 « Cap Emploi m'a adressé vers l'AFPA qui a organisé une remise à niveau, j'ai ensuite pu faire une formation de secrétariat ».
- 28 « Je suis actuellement en CPF pour valider des modules d'aide-soignante ».
- 29 « La MDPH m'a aidé ».
- 30 « J'ai pu reprendre un travail dans la vente à domicile ».
- 31 « J'ai reçu une autorisation médicale pour quitter mon poste momentanément, pour marcher ».
- 32 « La prévoyance m'a aidé à conserver mon activité ».
- 33 « Dernièrement, j'ai fait un bilan de compétence avec Cap Emploi ».
- 34 « Aujourd'hui, je travaille 1 heure / jour dans le périscolaire, comme garde d'enfant ».
- 35 « Par la suite, j'ai été aidée par le RSA et la prévoyance ».
- 36 « Ce qui compte avant tout, c'est la motivation personnelle et aimer son travail ».
- 37 « J'ai surtout été aidée par l'assistante sociale ».
- 38 « La CAF a proposé des réunions de groupe pour parler du travail (plusieurs séances de 10 personnes sur une semaine) ».
- 39 « Cap Emploi m'a apporté un accompagnement exceptionnel : c'est important d'avoir une personne qui croit en nous ».
- 40 « Le temps partiel thérapeutique m'a aidé à reprendre le travail ».
- 41 « C'est grâce à mon réseau d'amis que j'ai pu retrouver du travail ».
- 42 « J'avais aussi fait un essai comme auto-entrepreneur ».
- 43 « J'ai beaucoup été soutenu par le conseiller de Pole Emploi ».
- 44 « J'ai reçu de l'aide grâce au BOE et au référent handicap de l'entreprise ».
- 45 « Le rôle des associations est aussi très important dans l'entraide entre personnes en situation de handicap ».
- 46 « J'ai aménagé ma vie autour de la fibromyalgie, pour continuer à travailler ».
- 47 « Pôle Emploi m'a permis de faire une formation avec l'AFPA pour devenir exploitant de transport de marchandise ».
- 48 « L'association des fibromyalgiques de la Roche-sur-Yon a mis en place des groupes de parole, ça aide moralement et ça donne des trucs pour trouver un emploi ».
- 49 « J'ai participé aux RDV annuels de l'association nationale des fibromyalgiques ».

- 50 « Pour conserver son emploi, il est nécessaire de se battre en synergie avec l'employeur ».
- 51 « Aujourd'hui, je continue à faire du télétravail, tout en percevant une PCH pour l'assistante de vie ».
- 52 « Le soutien familial est primordial, avec mon mari et les enfants ».
- 2.8. Axe Socioprofessionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**
- 1 « C'est très compliqué de travailler à temps complet avec la fibromyalgie ».
- 2 « Malgré un courrier de soutien du centre antidouleur, du généraliste et du médecin de prévention, j'ai été placé en disponibilité d'office alors que je voulais reprendre le travail ».
- 3 « Aucun aménagement du poste n'a été mis en place lors de ma tentative de reprise ».
- 4 « J'ai demandé de l'aide aux syndicats, mais ça n'a pas marché ».
- 5 « C'est difficile de trouver de l'énergie lorsqu'un organisme d'aide nous renvoie à un autre ».
- 6 « L'assistante sociale m'a renvoyée vers la MDPH qui m'a renvoyé à Cap Emploi qui m'a renvoyé à Pôle Emploi ».
- 7 « Mon reclassement interne a été organisé directement avec mon employeur, ça été une forme de lutte, car ma maladie de se voit pas et n'était pas reconnue par qui que ce soit ».
- 8 « J'ai été mise au placard dans mon entreprise ».
- 9 « C'était difficile avec le médecin-contrôle ».
- 10 « J'ai dû attendre 2 ans avant qu'une réduction des horaires me soit accordée, ça été une forme de reconnaissance de ma maladie ».
- 11 « Le FONGECIF m'a été refusé car je suis fonctionnaire ».
- 12 « Ma candidature à un changement de poste m'a été refusée par mon administration, lors d'un entretien oral ».
- 13 « Après un CLM, j'ai été mis à la retraite pour invalidité ».
- 14 « Les dossiers administratifs sont trop compliqués à gérer ».
- 15 « J'ai été victime de harcèlement, à la reprise du travail ».
- 16 « La fibromyalgie a été très mal perçue par les collègues ».
- 17 « Des ateliers avec des médecins du travail ou des conseillers de Cap Emploi seraient utiles, pour mieux connaître nos droits et savoir comment bénéficier d'une formation ».
- 18 « Il faudrait des retours d'expériences de personnes soignées, pour voir quelles sont les réussites possibles ».
- 19 « Il faudrait regrouper les informations, avec plus de vulgarisation ».
- 20 « Il n'y a avait pas de reclassement possible sur un poste doux ».
- 21 « L'employeur a bloqué la demande de temps partiel thérapeutique ».
- 22 « Il y a un problème avec les employeurs qui refusent d'aménager les postes. Il faudrait des interventions de Cap Emploi pour les sensibiliser ».
- 23 « Il faudrait mettre en place une séance d'information sur le parcours professionnel ».
- 24 « La fibromyalgie serait mieux reconnue par les employeurs, s'il y avait des sensibilisations organisées par Cap Emploi ».
- 25 « C'est compliqué de travailler quand on a un handicap à 58 ans ».
- 26 « Avant je culpabilisais de mes absences au travail, car j'avais l'impression que l'on trouvait que j'ai une maladie qui n'existe pas ».
- 27 « Il faudrait faire des ponts, des liaisons avec des communications entre les structures qui aident à retrouver un emploi ».
- 28 « Il faut créer un pont entre les centres et les organismes accompagnant l'emploi ».
- 29 « Le secteur qualité de vie au travail m'a dernièrement aidé, mais il manquait de neutralité pour prendre les décisions en toute indépendance de la Direction ».
- 30 « Chaque administration à sa problématique et ses spécificités, particulièrement dans la fonction publique ».
- 31 « Je n'ai pas pu bénéficier du centre de réadaptation professionnelle : ça ne m'a pas été accordé par l'administration ».
- 32 « J'ai subi des reproches à cause de la perte de rentabilité liée à la fibromyalgie, les collègues ont vite oublié que j'étais malade ».
- 33 « Il faut donner des informations sur les formations ».

## **B) En quoi le CETD et Maubreuil vous-ont-ils aidé ?**

### **1. Groupe sans reprise (les sous-sections sans verbatims ont été ôtées)**

#### **1.1. Axe médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « J'ai appris à gérer la douleur ».
- 2 « J'ai pu diminuer mon traitement ».
- 3 « Aide globale ».
- 4 « Ça aide aussi à mieux appréhender les symptômes ».
- 5 « J'ai apprécié. J'ai pu apprendre à gérer les douleurs tout en ayant une activité ».
- 6 « Amélioration des douleurs ».
- 7 « Le traitement m'apporte beaucoup ».
- 8 « Ça m'a appris à connaître ma maladie, pour m'aider à l'appréhender et à gérer le cycle de la douleur et de la fatigue au cours de la journée ».

#### **1.2. Axe médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Ça m'a soulagé sur le moment, mais pas sur le long terme ».

#### **1.3. Axe fonctionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Reprise musculaire ».
- 2 « J'ai appris les gestes du quotidien, pour rester en forme ».
- 3 « Le réentraînement à l'effort, ça aide ».
- 4 « Ils m'ont permis une réadaptation à l'effort ».
- 5 « Les centres aident à ne plus avoir peur des exercices, pour vivre avec la maladie ».
- 6 « Ça m'a redonné de l'énergie, pour me réentraîner à l'effort et gagner en mobilité ».

#### **1.4. Axe fonctionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Aucun traitement n'a fonctionné, les médecins de Maubreuil trop butés sur leur protocole et pas à l'écoute du patient, du coup, pire état en sortant de Maubreuil qu'un mois avant ».
- 2 « Maubreuil n'est pas adapté pour la fibromyalgie avec de lourdes incapacités : la rééducation est trop forte ».
- 3 « Le séjour à Maubreuil m'a remusclé, mais il a augmenté mes douleurs ».
- 4 « Maubreuil, c'était trop fatiguant pour moi ».

#### **1.5. Axe psychocorporel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Soutien moral permettant d'avoir un meilleur mental ».
- 2 « Personnel très à l'écoute, avec un très bon suivi ».
- 3 « Ils m'ont aidé à m'en sortir ».
- 4 « Ils ont reconnu ma maladie ».
- 5 « C'est important d'être reconnue, grâce à l'écoute du personnel et les rencontres avec les patients ».
- 6 « Ça m'a aidé au départ, pour comprendre ».
- 7 « Le centre antidouleur m'a beaucoup aidé, surtout psychologiquement ».
- 8 « Les soignants sont à l'écoute ».
- 9 « J'ai apprécié uniquement l'art-thérapie qui a été positive ».
- 10 « J'ai apprécié d'être bien encadrée, avec un bon soutien moral ».

#### **1.6. Axe psychocorporel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Manque d'écoute, ça n'a pas été porteur ».

#### **1.7. Axe socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « On m'a expliqué l'importance de garder des contacts sociaux ».

### **2. Groupe avec reprise**

#### **2.1. Axe médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Comprendre comment fonctionne le corps et le système nerveux ».
- 2 « Renforcement musculaire, appréhension du corps, compréhension de la maladie, le CETD et Maubreuil, c'est un gros plus ».
- 3 « Bon soulagement des douleurs par les médicaments et l'électrothérapie ».
- 4 « Meilleure gestion de la douleur, avec des alternatives pour vivre avec ».
- 5 « Ça m'a permis de gérer la douleur pour vivre le plus normalement possible, en apprenant à s'écouter ».
- 6 « J'ai appris à faire les choses doucement pour ne pas déclencher des crises de douleurs ».
- 7 « J'y retournerais bien, pour être bien dans ma tête et adapter le traitement ».

- 8 « *Prise en charge globale* ».
- 9 « *J'ai appris des choses que je fais maintenant* ».
- 10 « *L'atelier sur les médicaments m'a appris à savoir gérer la posologie des antalgiques prescrits si besoin* ».
- 11 « *Apprentissage des outils de gestion de la douleur. Ça m'a permis de me stabiliser* ».
- 12 « *On a trouvé la cause expliquant mes problèmes* ».
- 13 « *J'en ai de bons souvenirs : bonne prise en charge* ».
- 14 « *Au CETD on est redynamisée, contrairement à d'autre centre antidouleur où on est complètement shooté par les médicaments* ».
- 15 « *J'ai beaucoup apprécié* ».
- 16 « *La prise en charge des douleurs est efficace* ».
- 17 « *Ça m'a aidé à gérer la douleur* ».
- 2.2. Axe médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :**
- 1 « *Ça m'a pas soulagée* ».
- 2 « *Je n'ai pas appris d'alternative aux médicaments* ».
- 2.3. Axe fonctionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**
- 1 « *Se remuscler* ».
- 2 « *Seule la balnéothérapie me soulageait* ».
- 3 « *Apprentissage de bonnes postures utiles au travail* ».
- 4 « *J'ai eu moins mal après la rééducation* ».
- 5 « *Le travail musculaire, c'est important pour se remettre en forme* ».
- 6 « *L'ergothérapeute m'a montré quels étaient les gestes les plus appropriés au travail* ».
- 7 « *Maubreuil m'a permis de reprendre une activité physique* ».
- 8 « *Ça m'a appris à faire des exercices, depuis je m'y suis remis* ».
- 9 « *J'ai repris une activité sportive et gagné en mobilité* ».
- 10 « *Le Qi Gong qui m'a été présenté à Maubreuil m'a beaucoup aidé, car j'ai continué à le pratiquer en club pour gérer la douleur* ».
- 11 « *Maubreuil m'a montré les bons gestes à réaliser* ».
- 12 « *J'ai appris à capitaliser le réentraînement à l'effort grâce au vélo d'appartement* ».
- 13 « *Apprentissage d'exercices de rééducation et de méthodes anti-douleurs* ».
- 14 « *On m'a appris à utiliser les bons gestes* ».
- 15 « *Ça m'a fait progresser* ».
- 2.4. Axe fonctionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**
- 1 « *La kinésithérapie a majoré mes douleurs* ».
- 2 « *Certaines activités de kinésithérapie ravivaient mes douleurs* ».
- 3 « *Il faudrait que les activités physiques adaptées organisées à Maubreuil soient personnalisées selon nos capacités individuelles avec la fibromyalgie* ».
- 2.5. Axe psychocorporel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**
- 1 « *Acceptation de la maladie* ».
- 2 « *Le soutien moral a permis un meilleur mental* ».
- 3 « *C'est important d'être reconnue* ».
- 4 « *Le personnel était très à l'écoute* ».
- 5 « *Le CETD m'a apporté une aide physique et psychologique* ».
- 6 « *Enorme aide pour être entendue et reconnue, pour ne pas perdre le moral* ».
- 7 « *Ça m'a sauvé ! Ils m'ont aidé à surmonter un choc émotionnel, sans eux, je ne m'en serais pas sortie* ».
- 8 « *Ça m'a permis de reprendre confiance en moi* ».
- 9 « *Acceptation de ma maladie et de mon handicap* ».
- 10 « *Ils m'ont redonné confiance* ».
- 11 « *J'ai été réconfortée de rencontrer des personnes comme moi. Ça permet de se sentir reconnue* ».
- 12 « *Il y a une bonne écoute des patients* ».
- 13 « *Aide au niveau physique et psychologique* ».
- 14 « *Le centre antidouleur m'a permis de reprendre confiance en moi, pour ne plus être prise pour une fainéante* ».

**2.6. Axe psychocorporel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « J'arrivais pas à me relaxer ».
- 2 « La fibromyalgie, c'est dur parce que ça se voit pas ».
- 3 « J'avais pas l'esprit ouvert à l'époque de l'hospitalisation, car ça m'a bloqué que l'on m'encourage de voir un psychiatre : c'était dur au niveau émotionnel ».

**2.7. Axe socioprofessionnel : (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Les rencontres avec les patients ont été intéressantes ».
- 2 « Ça m'a donné des pistes ».
- 3 « Le travail que j'ai trouvé tend à réduire mes douleurs ».
- 4 « Le groupe était très solidaire ».
- 5 « Beaucoup de conseils m'ont été utiles au travail ».
- 6 « Ces centres m'ont été d'une grande aide, en mettant un nom sur ma douleur, pour être reconnu par l'employeur ».
- 7 « Réapprendre à vivre, avec l'aide de la MDPH ou de Cap Emploi ».
- 8 « Trouver des solutions pour se lever et trouver de l'énergie pour travailler ».
- 9 « Ça m'a aidé à apprendre les bons mouvements pour éviter les douleurs au travail ».

**C) Pourquoi estimez-vous que le CETD et Maubreuil vous ont apporté une aide sur le plan professionnel ?**

**1. Groupe sans reprise**

**1.1. Axe médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Le centre antidouleur c'était très bien ».
- 2 « Ils m'ont aidé à reprendre de l'autonomie ».
- 3 « J'ai été informée suffisamment ».
- 4 « C'est eux qui m'ont guidé ».

**1.3. Axe fonctionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « J'ai beaucoup récupéré physiquement ».
- 2 « Ça aide à se remettre sur pied ».
- 3 « Aide pour la vie quotidienne ».

**1.4. Axe fonctionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Maubreuil demande trop physiquement pour moi ».

**1.5. Axe psychocorporel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Ils m'ont aidé dans le cheminement ».

**1.7. Axe socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Orientation vers la MDPH, ayant débouché sur un projet de formation ».
- 2 « Accepter la perte de mes capacités, tout en ayant des activités créatives ».

**1.8. Axe socioprofessionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Mon entreprise est une grande entité cloisonnée qui n'a pas reconnue la prise en charge hospitalière de la fibromyalgie et qui a refusé les mesures proposées pour que j'aie mieux ».
- 2 « Pas de possibilités de reprise, vu mon état ».
- 3 « Le retour au travail n'était pas le plus dur de la prise en charge ».
- 4 « Le sujet du travail n'a pas été abordé ».
- 5 « La dimension professionnelle n'était pas ma priorité ».
- 6 « Pas d'adaptation, par rapport aux difficultés ».
- 7 « La question du travail n'a pas été abordée ».
- 8 « J'ai été démotivée, quand les soignants m'ont dit que travailler dans le toilettage pourrait engendrer des douleurs ».
- 9 « Le travail n'a jamais été abordé ».
- 10 « Je n'ai pas eu d'infos, sur comment améliorer l'ergonomie du poste de travail ».

**2. Groupe avec reprise**

**2.1. Axe médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Ils prennent le temps de construire le projet de sortie ».
- 2 « Ils m'ont aidé pour le traitement avant de reprendre le travail ».
- 3 « Certains médicaments sont durs à supporter au travail, mais ils m'ont bien aidé comme l'Acupan ».
- 4 « Apprendre à gérer la douleur pour mieux appréhender le travail ».

5 « Ça aide à gérer la douleur pour travailler et mieux comprendre la maladie ».

**2.2. Axe médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

1 « Le traitement m'abrutissait, lors de la reprise du travail ».

2 « J'ai toujours de grosses douleurs ».

**2.3. Axe fonctionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

1 « Aide à se remettre sur pieds ».

2 « En récupérant physiquement, ça aide ».

3 « Ils m'ont surtout donné des idées pour améliorer les postures ».

4 « Les kinés sont supers ! Ce serait bien qu'il y ait des piqûres de rappel pour ne pas se relâcher ».

5 « J'ai surtout appris des exercices physiques ».

6 « Apprentissage des postures au travail avec le kiné ».

**2.5. Axe psychocorporel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

1 « Reprise de confiance en soi ».

2 « Avoir un autre regard et une vision plus positive ».

3 « Aide surtout physique et mentale ».

4 « Ça m'a aidé à comprendre le fonctionnement de mon corps et à trouver mon rythme ».

5 « Consolider la confiance en soi : ils m'ont aidé à m'ouvrir aux autres et à retrouver de l'espoir ».

6 « Aide mentale pour reprendre espoir ».

**2.7. Axe socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

1 « Ils donnent des conseils personnalisés, pour que ça se passe bien au travail ».

2 « Le CETD m'a aidé à mieux connaître mes limites, avec une vision sur le long terme, pour retravailler et éviter l'épuisement ».

3 « Ils m'ont aidé à trouver des solutions, pour travailler sur le long terme ».

4 « Tout s'est fait avec l'employeur ».

5 « Ils nous ont donné confiance, pour être rassurés pour la reprise ».

6 « Ces hospitalisations m'ont aidé à prendre des décisions, pour mon projet professionnel ».

7 « Ils ont essayé de faire ce qu'ils pouvaient, pour m'aider à reprendre le travail ».

8 « Ça a répondu à mes attentes par rapport au travail ».

9 « Ça m'a beaucoup aidé à reprendre le travail et à accepter la maladie ».

10 « J'ai fait une mise en situation professionnelle avec l'ergothérapeute, mais ce n'était pas approprié pour voir la situation de travail réelle ».

11 « Ça m'a permis de dire ouvertement à ma Direction ce dont j'avais besoin pour construire mon projet professionnel. Ça a renforcé la confiance de mon employeur ».

**2.8. Axe socioprofessionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

1 « Le problème était lié au lieu de travail ».

2 « Des échanges, mais pas d'actes ».

3 « L'accompagnement à la reprise du travail est à améliorer ».

4 « On ne m'a pas aidé pour la recherche d'emploi et pour le CV, j'ai dû me débrouiller toute seule ».

5 « Un seul entretien avec un médecin du travail, rien de concret ».

6 « J'étais en activité... Aucune aide ne m'a été apportée, aucun conseil, on ne s'est occupé que de mon état de santé ».

7 « Le travail n'a pas beaucoup été évoqué pendant l'hospitalisation ».

8 « Une fois, une infirmière m'a dit que j'étais trop âgée pour faire une formation de reconversion ».

**D) Précisez en quoi l'accompagnement des démarches professionnelles pourrait être amélioré**

**1. Groupe sans reprise**

**1.2. Axe médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

1 « Besoin de soutien, avec un suivi médical régulier ».

**1.6. Axe psychocorporel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

1 « Écouter un peu plus les patients ».

2 « Il faut améliorer l'écoute des patients ».

**1.7. Axe socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

1 « C'était parfait ! ».

**1.8. Axe socioprofessionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

1 « Un partage d'expériences professionnelles pourrait être abordé en groupe ».

- 2 « Des conseils pour adapter le poste pourrait être donnés individuellement ».
- 3 « Ce serait intéressant de donner des pistes pour faire du bénévolat ».
- 4 « Il faudrait augmenter le nombre d'ateliers et parler du travail ».
- 5 « Il faudrait des gens qui soient là pour parler de l'emploi et qui connaissent la maladie ».
- 6 « Il faudrait encourager l'entraide entre patients ».
- 7 « Pour le travail, il faudrait des conseils adaptés, avec des mises en situations professionnelles ».
- 8 « Ce serait bien, une aide sur les démarches administratives ».
- 9 « Il faudrait une aide pour parler des problèmes financiers ».
- 10 « Il faudrait des échanges entre l'employeur et les médecins des centres ».
- 11 « Il faudrait plus écouter nos difficultés au travail ».

## **2. Groupe avec reprise (les sous-sections sans verbatims ont été ôtées)**

### **2.1. Axe médical (Points positifs et éléments de satisfaction) :**

- 1 « Il y a eu une grande amélioration des conditions d'hospitalisations au CETD entre 2013 et 2018 : c'est le jour et la nuit ».
- 2 « Il y a une meilleure disponibilité pour accéder aux activités de soins ».
- 3 « Les comptes-rendus d'hospitalisation sont très utiles dans les démarches de maintien en emploi ».
- 4 « J'étais satisfait ».

### **2.2. Axe médical (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Les délais d'attente sont trop longs ».
- 2 « Il faudrait améliorer le suivi, pour pas perdre le bénéfice des hospitalisations, par des visites rapprochées, des contacts par mail ou un forum ».
- 3 « Il faudrait personnaliser les protocoles de soins ».
- 4 « Le suivi devrait être plus long ».

### **2.4. Axe fonctionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Il manque des formations gestes et postures ».

### **2.6. Axe psychocorporel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Il faudrait faire des colloques dans les sociétés, pour faire comprendre la fibromyalgie ».

### **2.7. Axe socioprofessionnel (Points positifs et éléments de satisfaction)**

- 1 « C'est intéressant les activités artistiques en groupes, pour se réimpliquer dans la vie sociale ».

### **2.8. Axe socioprofessionnel (Points négatifs et aspects à améliorer) :**

- 1 « Favoriser des plateformes WhatsApp pour les groupes de patients ».
- 2 « Ce serait bien de présenter des exemples d'activités socio-culturelles ».
- 3 « Travailler sur d'autres axes comme la créativité ».
- 4 « Ce serait bien d'augmenter le nombre d'ateliers en groupe ».
- 5 « Il faudrait suggérer des adresses d'organismes qui pourraient nous correspondre ».
- 6 « L'aspect professionnel n'était pas ma priorité de soins ».
- 7 « L'axe professionnel serait à développer ».
- 8 « Il faudrait des ateliers parlant du travail à Maubreuil ».
- 9 « Il faudrait des interventions avec des médecins du travail ».
- 10 « Il faudrait des informations détaillées sur les formations ».
- 11 « Aide pour monter un projet, ou préparer réellement la reprise ».
- 12 « Il faudrait une organisation définie des activités ».
- 13 « Il faudrait un animateur qui coordonne les tours de parole pour que chacun puisse s'exprimer ».
- 14 « S'occuper des personnes en activité, car même en activité, nous avons des obstacles à franchir : acceptation de la hiérarchie, connaître nos droits ».
- 15 « Se mettre en relation avec le médecin du travail ».
- 16 « Apprendre à gérer la douleur au travail et identifier ce qui relève de la fibromyalgie, en le différenciant du signal qui provient d'autres causes de douleurs ».
- 17 « Il faut éviter de trop stimuler : ça peut décourager pour le projet professionnel ! ».
- 18 « Il faudrait voir comment faire pour parler de la maladie avec les patrons ».
- 19 « Il faudrait un relais entre le centre antidouleur et les sociétés extérieures ».
- 20 « Ce serait bien de parler du travail en groupe sans cibler les difficultés personnelles ».
- 21 « Il faudrait plus de conseils par rapport au travail ».

# ABSTRACT

## Return to work of severe fibromyalgia patients with prolonged sick leave, hospitalized at the Multidisciplinary Pain Center, followed by the Physical Medicine and Rehabilitation Center:

efficacy at 24 months, predictive factors of return to work, mapping of the stakeholders

**Background:** Fibromyalgia is multifactorial and requires multimodal management, with a return to work process highly complex. Faced with this major concern of public health, how can we support patients?

The objective is to demonstrate the efficacy at 24 months of an original care program in the *return to work* (RTW) of severe fibromyalgia sufferers in sick leave for 6 to 24 months, via sequential hospitalization at the MPC (*Multidisciplinary Pain Center* of Nantes, France), followed by the PMRC (*Physical Medicine and Rehabilitation Centre*), with determination of RTW predictors, based on a RTW stakeholders mapping.

**Method:** A retrospective study was conducted, included 74 fibromyalgia patients enrolled in this program from 2005 to 2017, by 2 years follow-up analysis, calculation of the MQS (*Medication Quantification Scale*), survey by internet questionnaires and telephone interviews (2020), with an observational study of predictive factors of RTW by logistic regression, coupled to a qualitative study (content analysis and thematic grouping).

**Results:** RTW reached 36.5% at 1 year and achieved 54.1% at 2 years, with strong durability of employment at 2 years (88.9%): job retention (39.5%), vocational retraining (30.3%), internal job transfer (20.9%).

The efficacy is demonstrated by the improvement of *algological parameters* (VAS: *Visual Analog Scale* of Pain at discharge,  $-1.3/10$ ,  $p < 0.001$  and at 2 years,  $-0.7/10$ ,  $p = 0.012$ ), *functional* (walking distance at discharge,  $+500.6$  m,  $p < 0.001$ ), *pharmacological* (lowering of the MQS from 15.1 to 11.6,  $p = 0.009$ ; strong opioids from 11.3% to 1.7%,  $p = 0.038$ ; anxiolytics from 38.0% to 22.9%,  $p = 0.049$ ; addictogenic treatments from 60.6% to 35.1%,  $p = 0.002$ ), *therapeutic education* ( $+5.9/40$ ,  $p = 0.016$ ), *quality of life* (VAS Sleep  $-2.4/10$  and Function at discharge,  $-1.4/10$ ,  $p < 0.001$ ; VAS Enjoyment of life at 1 year,  $-0.2/10$ ,  $p = 0.036$ ; VAS Activity,  $-1.1/10$  and Work at 2 years  $-0.8/10$ ,  $p = 0.049$ ), *socio-professional* (workplace adaptations from 8.1% to 57.1%,  $p < 0.001$ ).

The predictive RTW factors described in the literature were confirmed: ergonomic equipment and medical adaptation of workplace (OR 4.6; CI 1.5, 13.9). Significant RTW factors, little studied, were detected: help by the algologist / rheumatologist / rehabilitation therapist (OR 1.4; CI 1.1, 1.9), caregiver-patient relationship (OR 2.8; CI 1.3, 6.1), group sport (OR 3.2; CI 1.3, 8.4), socializing activity (OR 6.7; CI 1.7, 26.2), company > 50 employees (OR 4.8; CI 1.6, 14.1), intervention by the occupational physician (OR 3.4; CI 1.1, 10.6), pre-return to work visit (OR 1.6; IC 1.1, 2.5), RQDB (*Recognition of the Quality of Disabled Worker*, OR 3.1; IC 1.1, 8.9), DOEH (Department of Occupational and Environmental Health, OR 2.8; CI 1.1, 7.5), skills assessment (OR 2.6; CI 1.3, 5.1), counseling by OHS (Occupational Health Services, OR 1.5 ; CI 1.1, 2.0), assistance by Support Centers of Disability Workers / DHHP (Departmental House of Handicapped Persons, OR 1.5; CI 1.1, 1.9), help by oneself (OR 2.6; CI 1.4, 5.0), help by the human resources advisor (OR 2.2; CI 1.2, 4.1) and by the employer (OR 2.1; CI 1.2, 3.4). Acceptation of long-term treatment explained 48% of variance of RTW (OR 2.7; 1.1, 6.9). In multivariate regression of RTW predictive factors, the best model was multiaxial (4 parameters,  $R^2=0.82$ ).

The verbatims of respondents (82.4%) expressed a need for recognition, active listening, and improved care. The level of satisfaction fulfilled 91.8%, about the medical and functional care provided by the MPC/PMRC.

The RTW mapping was multipolar (Care trajectory, Occupational health, Insurance scheme, Professional reintegration, Disability support, Corporate world). Institutions were solicited (OHS 59.0%, DHHP 39.3%, Support Centers of Disability Workers 26.2%), but some tools were not used (workplace supervised trial 0%).

**Conclusion:** This is the first large study of RTW predictors involved exclusively in fibromyalgia in France. The program could be replicated. Networking should be encouraged, with therapeutic education on RTW tools.

**KEYWORDS:** Fibromyalgia, Return to work, Medication quantification, Rehabilitation, Quality of life, Occupational health, Job retention stakeholders, Therapeutic education.

Titre de Thèse

**Retour au travail des patients fibromyalgiques sévères en arrêt maladie prolongé hospitalisés au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur, puis au Centre de Rééducation Fonctionnelle : efficacité à 24 mois, facteurs prédictifs de reprise et cartographie des acteurs mobilisés**

---

**RÉSUMÉ**

**Contexte :** La fibromyalgie est multifactorielle et nécessite une prise en charge globale multimodale, avec un parcours de retour au travail parfois complexe. Dès lors, comment accompagner les patients ? L'objectif est de démontrer l'efficacité à 24 mois d'une filière de soins originale dans le retour au travail (RTW) de fibromyalgiques sévères en arrêt de 6 à 24 mois, via une hospitalisation séquentielle au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de Nantes, puis au Centre de Rééducation Fonctionnelle, avec repérage des facteurs prédictifs de reprise, adossée à une cartographie des acteurs mobilisés.

**Méthode :** Une étude rétrospective a été menée sur 74 patients fibromyalgiques ayant suivi la filière de 2005 à 2017, par analyse de dossiers (suivi sur 2 ans), calcul du MQS (*Medication Quantification Scale*), enquête internet et entretiens téléphoniques (2020), avec étude observationnelle des prédicteurs du RTW (régression logistique) et étude qualitative (analyse de contenu, puis regroupement thématique).

**Résultats :** Le RTW a été de 36,5% à 1 an et a atteint 54,1% à 2 ans, avec forte pérennité à 2 ans (88,9%) : maintien dans l'emploi (39,5%), reconversion professionnelle (30,3%), reclassement interne (20,9%).

L'efficacité a été démontrée par l'amélioration des paramètres *algologiques* (EVA Douleur à la sortie, -1,3/10 ;  $p < 0,001$  et à 2 ans, -0,7/10 ;  $p = 0,012$ ), *fonctionnel* (périmètre de marche à la sortie, +500,6 m ;  $p < 0,001$ ), *pharmacologiques* (réduction du MQS de 15,1 à 11,6 ;  $p = 0,009$  ; opioïdes forts de 11,3% à 1,7% ;  $p = 0,038$  ; anxiolytiques de 38,0% à 22,9% ;  $p = 0,049$  ; traitements dépendogènes de 60,6% à 35,1% ;  $p = 0,002$ ), *éducation thérapeutique* (+5,9/40 ;  $p = 0,016$ ), *qualité de vie* (à la sortie : EVA Sommeil -2,4/10 et Fonction, -1,4/10 ;  $p < 0,001$  ; à 1 an : Goût de vivre, -0,2/10 ;  $p = 0,036$  ; à 2 ans : Activité -1,1/10  $p = 0,049$  ; Travail, -0,8/10 ;  $p = 0,049$ ), *socioprofessionnel* (adaptation du poste, de 8,1 à 57,1% ;  $p < 0,001$ ).

Les facteurs de reprise décrits dans la littérature ont été confirmés : aménagement matériel du poste et restriction médicale (OR 4,6 ; IC 1,5-13,9). Des facteurs de reprise significatifs peu étudiés ont été décelés : aide par l'algologue/rhumatologue/rééducateur (OR 1,4 ; IC 1,1-1,9), satisfaction des échanges soignants-patients (OR 2,8 ; IC 1,3-6,1), sport à plusieurs (OR 3,2 ; IC 1,3-8,4), activité socialisante (OR 6,7 ; IC 1,7-26,2), entreprise > 50 salariés (OR 4,8 ; IC 1,6-14,1), intervention du médecin du travail (OR 3,4 ; IC 1,1-10,6), visite de préreprise (OR 1,6 ; IC 1,1-2,5), RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé, OR 3,1 ; IC 1,1-8,9), orientation en CPPE (Centre de Consultations de Pathologies Professionnelles et Environnementales, OR 2,8 ; IC 1,1-7,5), bilan de compétence (OR 2,6 ; IC 1,3-5,1), aide par les SST (Services de Santé au Travail, OR 1,5 ; IC 1,1-2,0), aide par Pôle/Cap Emploi/MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées, OR 1,5 ; IC 1,1-1,9), aide par soi-même (OR 2,6 ; IC 1,4-5,0), aide par les Ressources humaines (OR 2,2 ; IC 1,2-4,1), aide par l'employeur (OR 2,1 ; IC 1,2-3,4). L'acceptation du traitement prédit 48% du RTW. Le meilleur modèle multivarié est multiaxial ( $R^2 = 0,82$ ).

Les répondants (82,4%) exprimaient un besoin de reconnaissance, d'écoute et d'amélioration des soins. La satisfaction atteignait 91,8% concernant la prise en charge médicale et fonctionnelle via le CETD/CRF.

La cartographie était multipolaire (Trajectoire de soins, Santé au travail, Régime assurantiel, Réinsertion, Accompagnement du handicap, Monde de l'entreprise). Alors que les acteurs semblaient mobilisés (SST 59,0%, MDPH 39,3%, Cap/Pôle Emploi 26,2%/21,3%), des outils restaient inexploités (Essai encadré 0%).

**Conclusion :** Il s'agit de la 1<sup>ère</sup> large étude des prédicteurs de reprise propres à la fibromyalgie en France. La filière semble reproductible, avec travail en réseau et ateliers d'éducation thérapeutique sur le RTW.

**MOTS-CLÉS**

Fibromyalgie, Retour au travail, Consommation médicamenteuse, Rééducation fonctionnelle, Qualité de vie, Santé au travail, Acteurs du maintien en emploi, Education thérapeutique.