

FINAL REPORT

“FearedBack”: Generalization of fear and avoidance behavior as predictors of work resumption after back surgery

Short title: Work After Back Surgery (WABS)

Leuven, 31 August 2025

Study sponsor

KU Leuven

Funding source

Centre de connaissance de l'incapacité de travail, Service des Indemnités (RIZIV/INAMI)

Principal investigator KU Leuven

Prof. Dr. Johan Vlaeyen (PhD)

Research team KU Leuven

Prof. Dr. Johan Vlaeyen (PhD), Prof. Dr. Ann Meulders (PhD), Dr. Lotte Bamelis (PhD), and Rini Masuy

Principal investigators participating hospitals

Dr. Dieter Peuskens (MD), Prof. Dr. Bart Depreitere (MD, PhD), Prof. Dr. Frank Weyns (MD, PhD), Dr. Peter Vorlat (MD), Dr. Jeroen Ceuppens (MD), Dr. Kris De Smedt (MD), Dr. Patrick Van Schaeybroeck (MD), and Dr. Johan Van Lerbeirghe (MD)

Advisory committee

Prof. Dr. Geert Crombez (PhD), Prof. Dr. Lode Godderis (MD, PhD), Prof. Dr. Marc Du Bois (MD, PhD), Dr. Peter Van Wambeke (MD), Prof. Dr. Philippe Mairiaux (PhD), en Prof. Dr. Steven Linton (PhD)

Personnes de contact INAMI

Dr. Saskia Decuman (PhD) en Ellen Wyffels

Contexte

La lombalgie chronique est un problème de santé fréquent et complexe à l'échelle mondiale. Comme les symptômes s'accompagnent chez un nombre relativement important de personnes d'une humeur négative et de limitations dans les activités quotidiennes, la prévention et le traitement sont nécessaires mais également difficiles. Dans la plupart des cas, aucune cause anatomique ne peut être identifiée et plusieurs facteurs peuvent influencer l'apparition, la gravité et l'évolution des symptômes, ces facteurs (ou leur combinaison) variant d'une personne à l'autre. De plus, les individus réagissent différemment aux traitements, ce qui rend les résultats souvent peu prévisibles. Même en présence d'anomalies anatomiques claires justifiant une intervention chirurgicale, les résultats sont variables. Environ 40 % des patients ressentent encore des douleurs après la correction anatomique, et 10 à 20 % ne reprennent pas le travail dans l'année qui suit. Cela suggère que le rétablissement n'est pas uniquement influencé par des facteurs biomédicaux, mais que des facteurs psychologiques et sociaux jouent également un rôle important.

Le modèle peur-évitement offre un cadre théorique décrivant comment des facteurs psychologiques, tels que la peur liée à la douleur et l'évitement, contribuent au développement et au maintien de la lombalgie chronique. Ce modèle stipule que les individus qui interprètent la douleur comme une menace corporelle ont davantage de risques de développer une anxiété liée à la douleur. Cette anxiété conduit souvent à des comportements d'évitement, surtout lorsque la personne accorde la priorité au contrôle de la douleur plutôt qu'à d'autres objectifs de vie. Bien que l'évitement puisse être adaptatif dans la phase aiguë, il a généralement des conséquences néfastes en cas de douleur chronique et en l'absence de menace physique réelle. Il entraîne une inactivité physique prolongée, qui impacte négativement la santé musculosquelettique et cardiovasculaire, limite le fonctionnement quotidien et favorise des émotions négatives susceptibles d'aggraver la douleur. La peur et l'évitement peuvent également se généraliser à d'autres mouvements ou situations, amplifiant ainsi l'impact négatif. Il se crée alors un cercle vicieux de douleur et d'anxiété croissantes. À l'inverse, lorsque d'autres objectifs de vie priment sur le contrôle de la douleur, les individus sont plus enclins à affronter les activités quotidiennes, ce qui favorise le rétablissement. Les émotions positives et l'optimisme peuvent soutenir ce processus en stimulant un comportement orienté vers les objectifs et en favorisant l'engagement plutôt que l'évitement.

Des études antérieures ont déjà montré que les facteurs cognitifs et comportementaux jouent un rôle important dans la lombalgie chronique. Néanmoins, il reste incertain quels facteurs spécifiques expliquent les différences individuelles en matière de douleur postopératoire, de rétablissement et de reprise

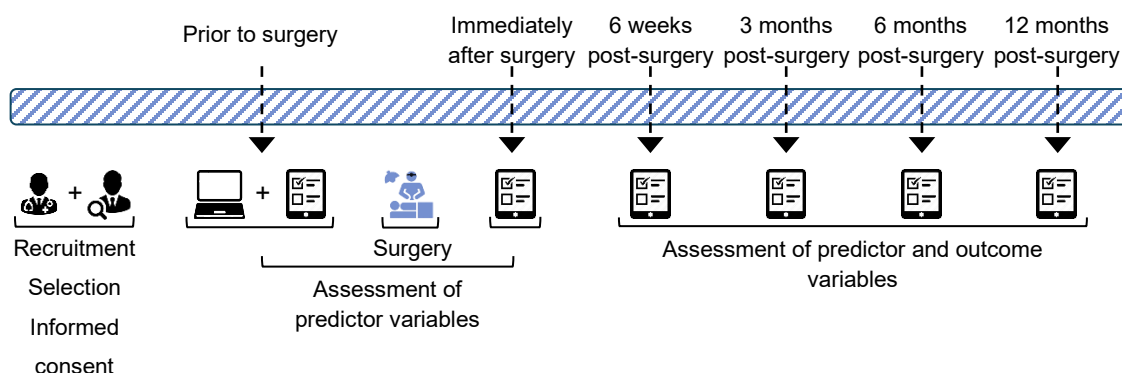
du travail, et à quel moment ces facteurs sont pertinents. L'objectif de cette étude était donc d'identifier des prédicteurs psychologiques modifiables du rétablissement et de la reprise du travail après une chirurgie lombaire.

Méthode

Pour répondre à ces questions, une étude longitudinale et prospective a été menée dans neuf hôpitaux belges. Au total, 189 patients présentant un syndrome radiculaire lombo-sacré (douleur lombaire avec irradiation dans la jambe) ont été suivis jusqu'à un an après l'opération. Les critères d'inclusion étaient : a) avoir entre 18 et 55 ans, b) maîtriser le néerlandais, le français et/ou l'anglais, c) souffrir de douleurs lombaires irradiant dans les jambes depuis moins d'un an avant l'opération, d) subir une décompression lombaire (ablation des excroissances osseuses comprimant le tissu nerveux) sans fusion ni fixation des vertèbres, e) exercer une activité indépendante ou avoir un contrat de travail et être en incapacité depuis moins d'un an avant l'opération. Les critères d'exclusion étaient : a) avoir été traité au cours de l'année écoulée (avec ou sans hospitalisation) pour dépendance, idées suicidaires ou trouble psychotique, b) avoir subi une ou plusieurs opérations lombaires au cours des 5 dernières années, c) présenter une autre affection médicale susceptible d'influencer la douleur, la période de rétablissement et/ou la reprise du travail pendant la durée de l'étude. Les prédicteurs potentiels ont été sélectionnés sur la base du modèle peur-évitement. Plus précisément, l'effet de la généralisation de la *peur et de l'évitement, du comportement d'évitement, de la perception de nocivité des activités liées au dos, des attentes concernant le rétablissement et la reprise du travail, ainsi que des facteurs de risque psychologiques (« yellow flags »)* a été étudié sur la *reprise durable du travail, l'intensité de la douleur, les limitations dues à la douleur et la qualité de vie*. Les prédicteurs ont été mesurés avant et dans la semaine suivant l'opération à l'aide de questionnaires et d'une tâche informatique comportementale. Les variables de résultat ont été évaluées par questionnaires à 6 semaines, 3 mois, 6 mois et 12 mois après l'opération (voir Figure 1).

Figure 1 :

Schéma de l'étude



Instruments de mesure

Variables de résultat

Reprise du travail

La reprise du travail a été mesurée à l'aide de questions d'auto-évaluation, avec quatre composantes distinctes :

- Capacité de travail : ne pas percevoir d'indemnité d'incapacité de travail
- Capacité de travail durable : ne pas percevoir d'indemnité d'incapacité pendant au moins trois mois consécutifs
- Reprise du travail : être en activité sans percevoir d'indemnité d'incapacité
- Reprise durable du travail : être en activité sans percevoir d'indemnité d'incapacité pendant au moins trois mois consécutifs

Ces composantes ont été évaluées sur une échelle dichotomique (oui/non). Les dates de capacité de travail, de reprise et d'éventuelle rechute (période entre la première reprise et un nouvel arrêt) ont également été recueillies afin de calculer des mesures de temps jusqu'événement.

Intensité de la douleur

L'intensité de la douleur a été définie comme la sévérité perçue et mesurée à l'aide d'un item du questionnaire abrégé Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, sur une échelle numérique de 0 (*aucune douleur*) à 10 (*douleur la plus intense imaginable*) : « *Comment évalueriez-vous la douleur que vous avez ressentie au cours de la semaine écoulée ?* ».

Limitations liées à la douleur

Les limitations fonctionnelles dues à la douleur ont été mesurées avec le Pain Disability Index (PDI), qui indique dans quelle mesure la douleur entrave le fonctionnement quotidien. Le PDI couvre sept domaines : vie familiale / domicile; loisirs; activités sociales ; travail ; activités sexuelles ; soins personnels, activités

de soutien. Chaque domaine est noté de 0 (aucune limitation) à 10 (limitation totale), pour un score total allant de 0 à 70.

Qualité de vie

La satisfaction générale vis-à-vis de la vie a été mesurée par un item issu du Life Satisfaction Item Pool : « *Je suis satisfait(e) de ma vie en général.* » Évalué sur une échelle en 7 points allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait d'accord ».

Variables prédictives

Généralisation de la peur et de l'évitement

La généralisation de la peur et de l'évitement signifie qu'une personne manifeste de la peur et des comportements d'évitement, appris dans une situation menaçante antérieure, également dans de nouvelles situations similaires. Le degré de généralisation de la peur et de l'évitement a été mesuré à l'aide d'une tâche informatique.

Dans cette tâche, les participants apprennent quelle posture est associée à la douleur chez un avatar numérique et quelle posture ne l'est pas et est donc considérée comme sûre. Ensuite, ils peuvent éviter la douleur en appuyant sur une touche du clavier. Ils peuvent également apprendre que l'évitement de la posture sûre entraîne une conséquence négative. Enfin, quatre nouvelles postures similaires sont présentées et l'on mesure à quel point les participants ressentent de la peur face à ces postures et à quelle fréquence ils les évitent.

Sur cette base, une pente de régression individuelle a été calculée (c'est-à-dire une valeur indiquant dans quelle mesure la peur ou l'évitement évolue selon les différentes postures). Une pente ou valeur fortement négative indique une bonne distinction entre les postures menaçantes et sûres, tandis qu'une valeur positive ou proche de zéro suggère une généralisation large de la peur et de l'évitement.

Comportement d'évitement

L'accent est mis sur l'évitement lié à la douleur, mesuré par la sous-échelle Escape and Avoidance de la version courte du Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20). Les participants ont répondu à quatre questions sur les pensées et les activités liées à l'évitement en indiquant la fréquence à laquelle ils accomplissaient ces actions, sur une échelle allant de 0 (jamais) à 5 (toujours). Les réponses ont permis de calculer un score total compris entre 0 et 25.

Nocivité perçue

Pour évaluer la nocivité perçue des mouvements liés au dos, trois photos d'activités quotidiennes ont été sélectionnées dans la Photograph Series of Daily Activities – version électronique courte (PHODA-SeV) :

- Pelleter avec le dos courbé (jugé le plus nocif dans une étude antérieure)
- Marcher en forêt (jugé le moins nocif)
- Faire du trampoline (activité avec la plus grande variabilité d'évaluation)

Chaque photo est notée sur une échelle de 0 (pas du tout nocif) à 100 (extrêmement nocif), selon le degré d'inquiétude que le mouvement soit dangereux pour le dos.

Facteurs psychologiques de risque (« yellow flags »)

Ils ont été mesurés à l'aide de la version abrégée du questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening. Cet outil de dépistage comprend dix items portant sur les caractéristiques de la douleur, le fonctionnement physique, les émotions, les croyances et les attentes concernant la guérison et la reprise du travail. Sur cette base, un score total (1–100) a été calculé afin d'estimer le risque d'incapacité de travail future.

Attentes concernant la guérison et la reprise du travail

Les attentes des participants quant à leur rétablissement et leur retour au travail ont été mesurées à l'aide de questions issues de la version abrégée du questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening et d'items supplémentaires élaborés par les chercheurs. Il a notamment été demandé la diminution attendue de la douleur, le risque de douleur persistante, l'intensité douloureuse prévue à différents moments, la probabilité d'une reprise (durable) du travail et le délai estimé avant la reprise. Chaque item a été analysé comme prédicteur distinct, avec un score sur une échelle de 0 à 10.

Covariables

Outre les prédicteurs potentiels, plusieurs covariables possibles ont également été mesurées, c'est-à-dire des facteurs susceptibles d'influencer le résultat, mais qui ne constituent pas le sujet principal de l'étude. Plus précisément, l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la situation familiale, la date de début de l'incapacité de travail, le type de contrat de travail, le taux d'emploi et le nombre d'heures de travail ont été pris en compte. Sur la base de l'Experience and Evaluation of Work 2.0, dix domaines de l'expérience professionnelle ont également été évalués, notamment la charge de travail, la fatigue mentale et physique, le plaisir au travail, les relations avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques, les possibilités de carrière et l'implication organisationnelle. Enfin, les complications intra et postopératoires ont

également été enregistrées, ainsi que les influences possibles de la pandémie de COVID-19, telles que les préoccupations liées à la santé, les restrictions en matière d'activité physique et l'apparition de symptômes.

Modérateurs

En outre, l'intolérance à l'incertitude et l'optimisme auto-déclarés ont également été mesurés en tant que modérateurs potentiels, c'est-à-dire des facteurs susceptibles d'influencer la force ou la direction d'une relation entre un prédicteur et un résultat. Ces mesures font partie d'une recherche doctorale plus large. Cependant, les analyses et les résultats relatifs à ces modérateurs dépassent le cadre du présent rapport et ne sont pas présentés ici.

Analyses statistiques

Sur les 189 participants, les données de 175 ont été analysées. Les données manquantes ont été imputées par imputation multiple. Pour les analyses inférentielles, différents modèles de régression ont été appliqués en fonction du type de variable dépendante : Temps jusqu'à la reprise du travail, temps jusqu'à la reprise durable, temps jusqu'à la capacité de travail et temps jusqu'à la capacité durable ont été analysés avec des modèles tels que l'Accelerated Failure Time. La reprise (durable) du travail et la capacité durable aux différents moments de suivi ont été étudiées par régression logistique.

En raison de la forte corrélation entre reprise du travail et capacité de travail, et des résultats similaires, seuls les résultats concernant la reprise (durable) du travail ont été rapportés. L'intensité de la douleur et les limitations liées à la douleur ont été analysées par régression linéaire. Pour la qualité de vie, une variable dichotomique a été utilisée et une régression logistique appliquée. Tous les modèles ont contrôlé les covariables sélectionnées et, lorsque pertinent, les valeurs de base des variables dépendantes. La construction des modèles a suivi une procédure étape par étape : sélection des covariables potentielles par backward selection ($\alpha = 0,05$), avec maintien systématique de l'âge et du sexe. Pour les variables « intensité de la douleur », « limitations » et « qualité de vie », inclusion des valeurs pré- et/ou postopératoires pour corriger les différences individuelles avant le suivi, évaluation des prédicteurs en analyses univariées. Les prédicteurs significatifs ($p < 0,05$) ont été inclus dans les modèles multivariés. Dans les modèles multivariés, application à nouveau de la backward selection pour identifier les prédicteurs indépendants, tout en conservant les covariables et valeurs de base pour contrôler les facteurs démographiques et liés au travail.

Résultats

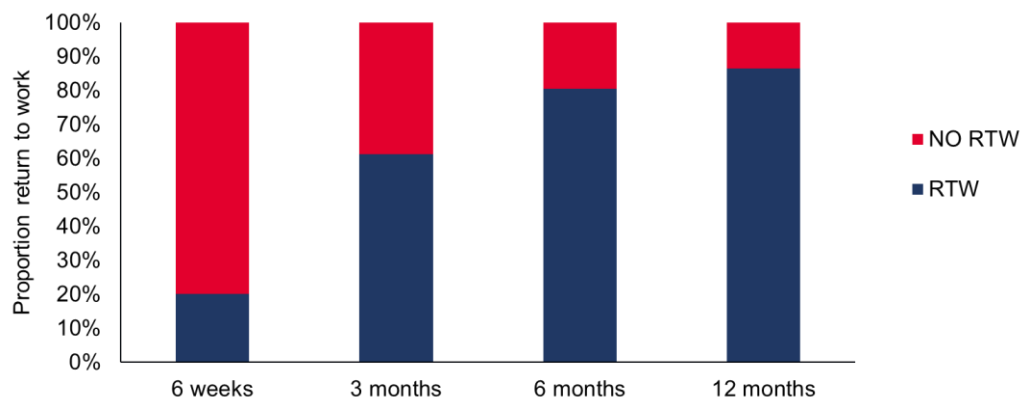
Reprise du travail

Résultats descriptifs

Les participants reprennent le travail en moyenne après environ 87 jours pour la première fois, et de manière durable après environ 170 jours en moyenne. Six semaines après l'opération, 20,15 % des participants ont repris le travail, après trois mois 61,25 %, après six mois 80,59 % et après douze mois 84,75 %, voir figure 2. Il manque toutefois certaines données, avec un taux d'abandon légèrement plus élevé à douze mois, ce qui signifie que le pourcentage réel de reprise du travail est peut-être légèrement sous-estimé. Les indépendants reprennent en moyenne le travail le plus rapidement, après environ 38 jours. Les fonctionnaires reprennent en moyenne le travail après environ 65 jours et les salariés après environ 100 jours. Parmi les participants qui reprennent le travail, la majorité le fait de manière durable.

Figure 2 :

Proportion de reprise du travail (RTW) à chaque point de mesure.



Analyses inférentielles

Les analyses montrent que les attentes du patient sont les principaux prédicteurs à la fois du délai avant la reprise (durable) du travail et de la reprise (durable) du travail aux différents moments de suivi.

Délai avant la reprise (durable) du travail : Les individus qui, après l'opération, s'attendent à un délai plus long avant la reprise du travail et ceux qui, avant l'opération, pensent que la douleur persistera indéfiniment reprennent le travail plus tard. De même, l'attente postopératoire d'un délai prolongé avant la reprise prédit un retour durable au travail plus lent.

Reprise du travail aux différents moments de suivi :

- **6 semaines après l'opération** : Les individus qui, avant l'opération, s'attendent à reprendre le travail dans les six semaines ont presque deux fois plus de chances d'être effectivement retournés au travail. Ceux qui anticipent davantage de douleur six semaines après l'opération ont également une probabilité plus élevée d'avoir repris le travail. Ce résultat inattendu pourrait être influencé par les travailleurs indépendants qui reprennent souvent tôt, quel que soit leur niveau de douleur.
- **3 mois après l'opération** : Les individus ayant une forte attente préopératoire de reprise durable dans l'année ont une probabilité plus élevée d'avoir repris le travail, tandis que ceux qui s'attendent à une douleur persistante ont une probabilité plus faible.
- **6 mois après l'opération** : Les individus qui, après l'opération, anticipent davantage de douleur à six mois, qui jugent l'activité « sauter sur un trampoline » plus nocive, et ceux qui, avant l'opération, rapportent un risque élevé de douleur persistante ont une probabilité plus faible d'avoir repris le travail.
- **12 mois après l'opération** : Les individus qui, avant l'opération, considèrent la marche comme une activité plus nocive ont une probabilité plus élevée d'avoir repris le travail, tandis que ceux qui, après l'opération, anticipent davantage de douleur à 12 mois ont une probabilité plus faible.

Reprise durable du travail aux différents moments de mesure :

- **6 mois après l'opération** : Les individus qui, après l'opération, s'attendent à davantage de douleur à six mois et ceux qui, avant l'opération, pensent que la douleur persistera ont une probabilité plus faible d'avoir repris le travail de manière durable.
- **12 mois après l'opération** : Les individus qui, avant l'opération, considèrent la marche comme une activité plus nocive ont une probabilité plus élevée d'avoir repris le travail de manière durable. En revanche, ceux qui, après l'opération, anticipent davantage de douleur à 12 mois et ceux qui jugent le « saut sur trampoline » plus nocif ont une probabilité plus faible.

Aperçu des résultats

La **figure 3** présente un aperçu des prédicteurs significatifs pour les différentes issues liées à la reprise du travail :

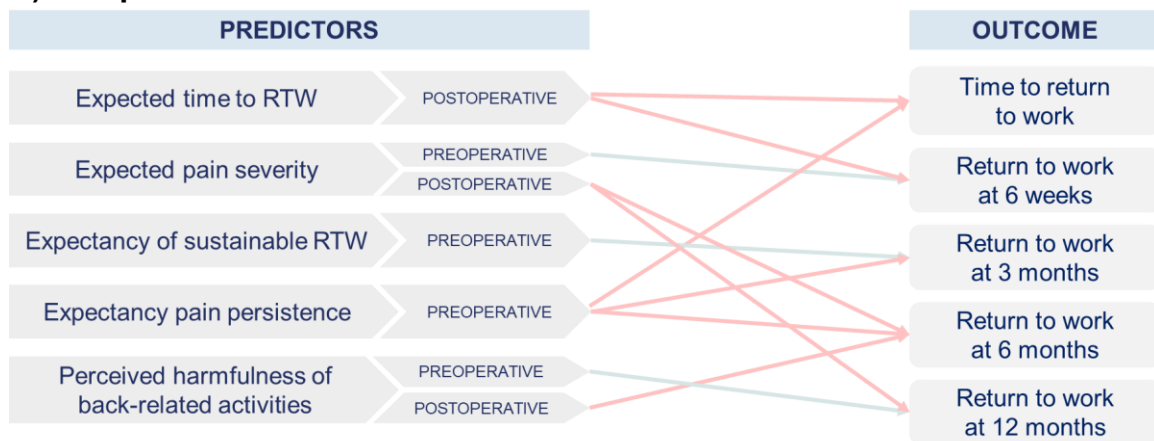
- **Panel A** : prédicteurs pour (le délai avant) la reprise du travail
- **Panel B** : prédicteurs pour (le délai avant) la reprise durable du travail

Les prédicteurs ayant un effet statistiquement négatif sont indiqués par une flèche rouge, et ceux ayant un effet statistiquement positif par une flèche verte.

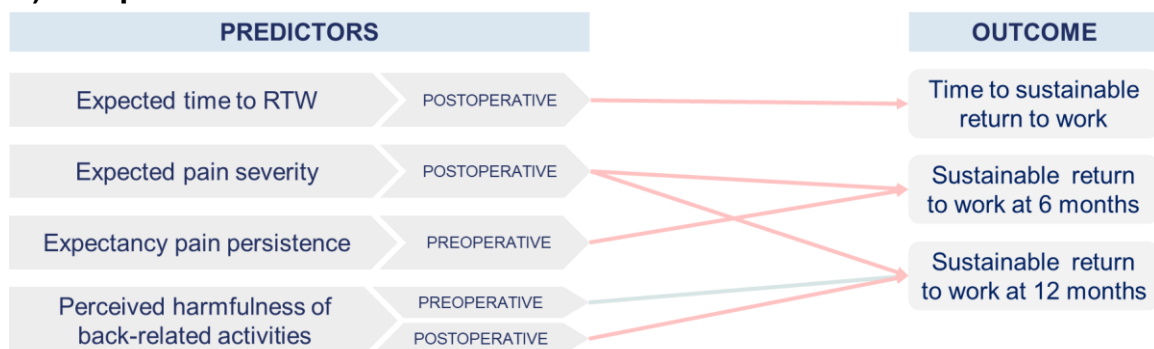
Figure 3 :

Facteurs prédictifs significatifs des résultats liés au travail

A) Reprise du travail



B) Reprise durable du travail



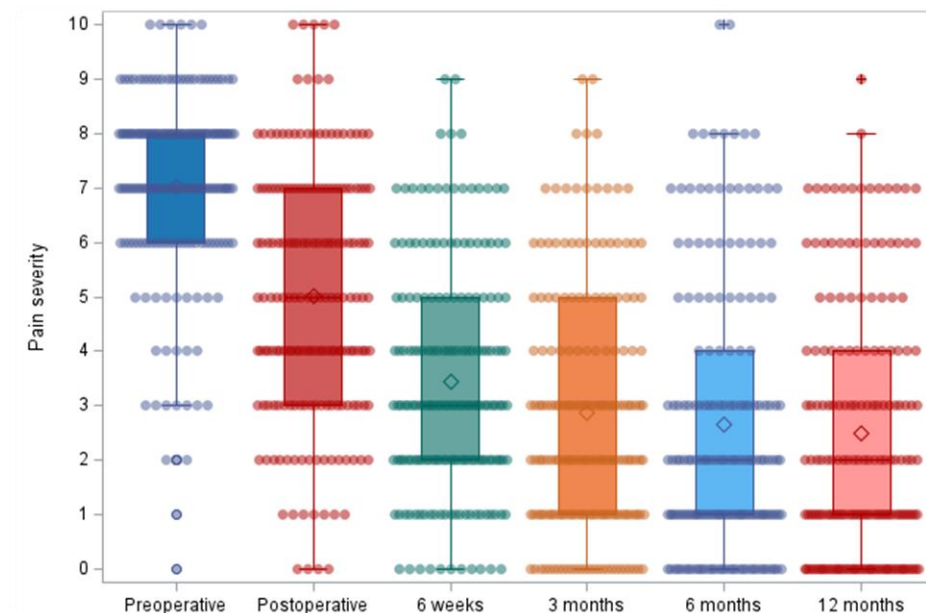
Intensité de la douleur

Résultats descriptifs

Comparée à l'intensité de la douleur préopératoire, la moyenne des scores de douleur diminue jusqu'à 3 mois après l'opération, puis reste relativement stable par la suite (voir Figure 4).

Figure 4

Diagramme en boîte (boxplot) de l'intensité de la douleur pour l'ensemble des mesures.



Analyses inférentielles

Comme pour la reprise du travail, **les attentes des patients jouent également un rôle significatif dans l'intensité de la douleur :**

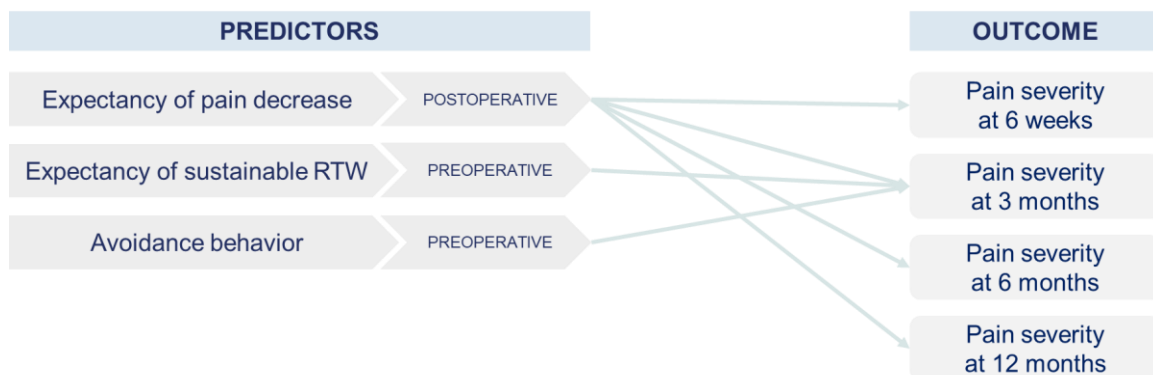
- **6 semaines après l'opération** : La seule prédictrice significative d'une intensité de douleur plus faible est l'attente postopératoire que la douleur diminuera.
- **3 mois après l'opération** : L'attente postopératoire d'une diminution de la douleur reste le prédicteur le plus fort d'une moindre douleur. De plus, les individus qui, avant l'opération, s'attendaient à reprendre durablement le travail dans l'année et ceux qui présentaient davantage de comportements d'évitement préopératoires rapportent également moins de douleur.
- **6 et 12 mois après l'opération** : L'attente postopératoire que la douleur diminuera est à nouveau le seul prédicteur significatif d'une intensité de douleur plus faible.

Résumé des résultats

La figure 5 présente un aperçu des prédicteurs significatifs de l'intensité de la douleur aux différents moments de mesure.

Figure 5

Prédicteurs significatifs de l'intensité de la douleur.

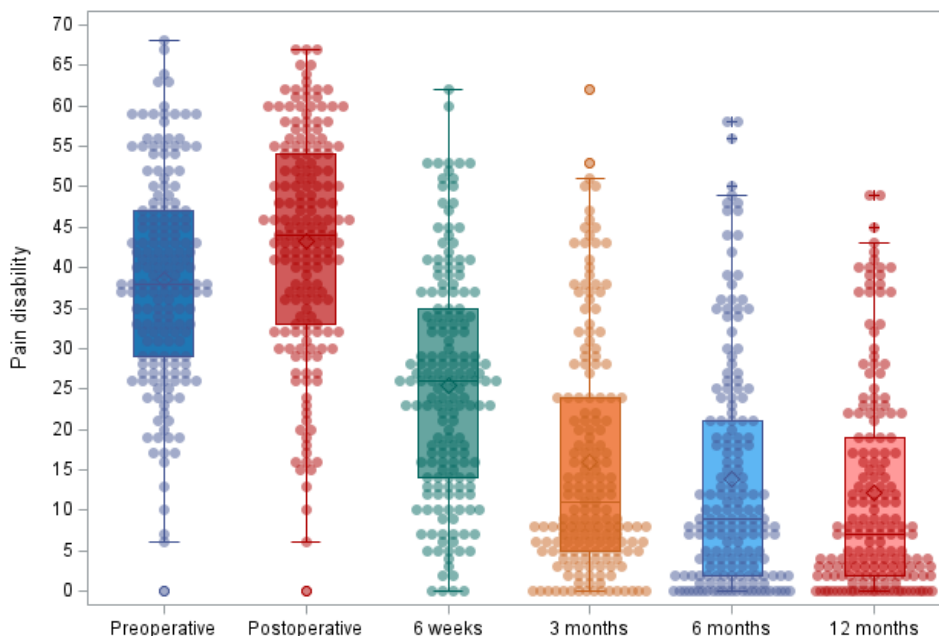


Limitations liées à la douleur

Résultats descriptifs

Comparée aux valeurs préopératoires, la moyenne des scores de limitations liées à la douleur augmente légèrement juste après l'opération. À partir de 6 semaines, le score diminue progressivement jusqu'à 6 mois, puis reste globalement stable par la suite (voir Figure 6).

Figure 6 Diagramme en boîte (boxplot) des limitations liées à la douleur pour l'ensemble des mesures.



Analyses inférentielles

Les attentes des patients apparaissent à nouveau comme un prédicteur important. En outre, plusieurs autres facteurs psychologiques jouent un rôle significatif :

- **6 semaines après l'opération :**

La présence de facteurs psychologiques de risque avant l'opération (« yellow flags ») est le prédicteur le plus fort d'un niveau plus élevé de limitations liées à la douleur. Les individus qui jugent l'activité « trampoline » plus nocive après l'opération et ceux qui généralisent davantage leurs comportements d'évitement à d'autres postures rapportent également plus de limitations. À l'inverse, les personnes qui s'attendaient avant l'opération à une diminution de la douleur rapportent moins de limitations.

- **3 mois après l'opération :**

L'attente postopératoire d'une douleur plus intense à trois mois est le prédicteur le plus fort des limitations liées à la douleur. De même, les individus qui jugent le « trampoline » plus nocif après l'opération rapportent davantage de limitations. Ceux qui s'attendaient à une diminution de la douleur, avant et après l'opération, rapportent moins de limitations.

- **6 mois après l'opération :**

L'attente postopératoire d'une douleur plus intense à six mois reste le prédicteur le plus fort des limitations.

Les personnes présentant davantage de facteurs psychologiques de risque après l'opération et celles qui généralisent leurs comportements d'évitement rapportent également plus de limitations. À l'inverse, l'attente postopératoire d'une diminution de la douleur est associée à moins de limitations.

- **12 mois après l'opération :**

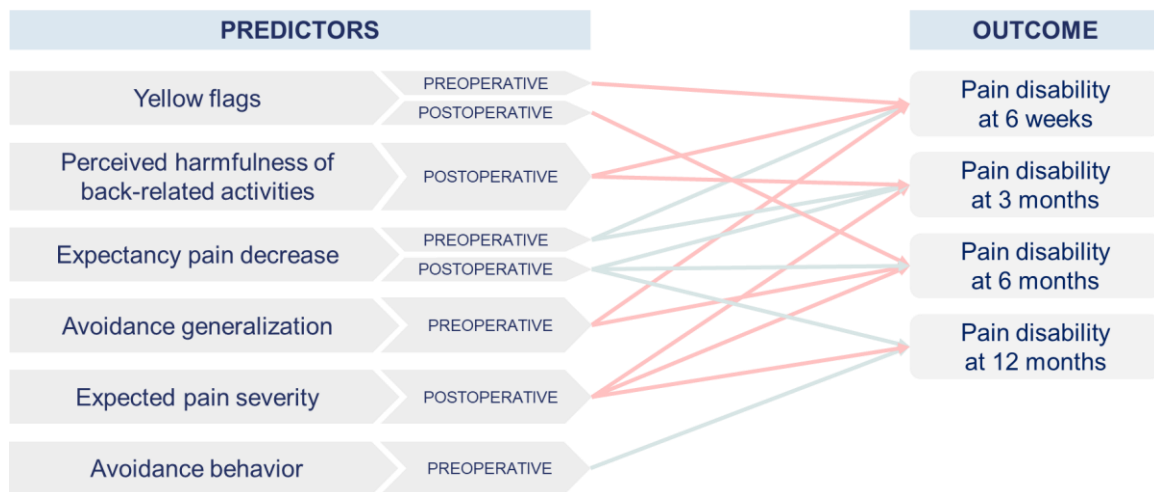
L'attente postopératoire d'une douleur plus intense à douze mois demeure le prédicteur le plus fort des limitations. Les individus qui s'attendent à une diminution de la douleur après l'opération et ceux qui présentaient davantage de comportements d'évitement avant l'opération rapportent moins de limitations.

Résumé des résultats

La **Figure 7** présente un aperçu des prédicteurs significatifs des limitations liées à la douleur aux différents moments de mesure.

Figure 7

Prédicteurs significatifs des limitations liées à la douleur.



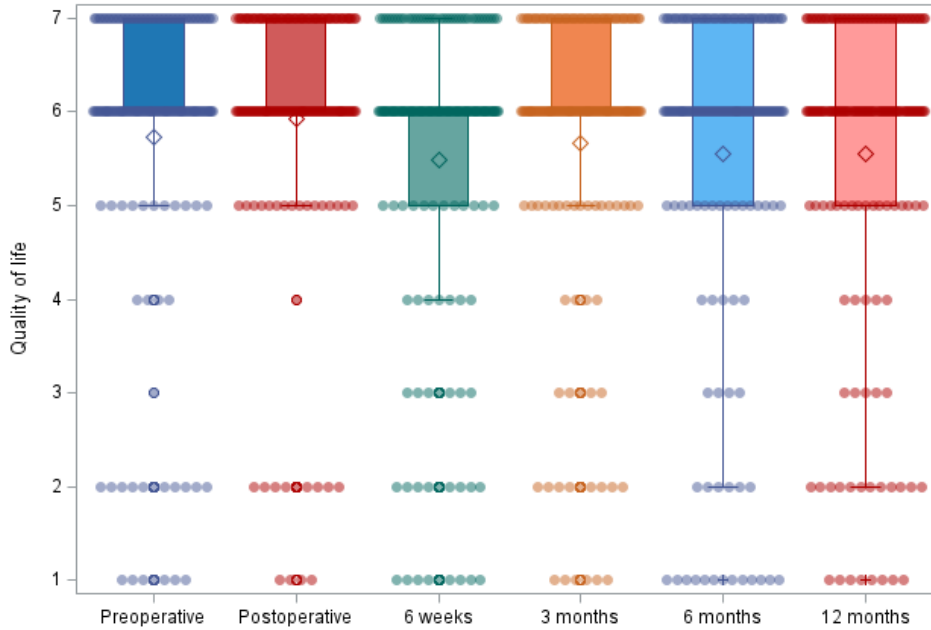
Qualité de vie

Résultats descriptifs

La qualité de vie moyenne reste globalement élevée à tous les moments de mesure, avec des scores supérieurs à 5 sur une échelle de 7 (voir Figure 8).

Figure 8

Diagramme en boîte (boxplot) de la qualité de vie pour l'ensemble des mesures.



Analyses inférentielles

Les attentes des patients jouent à nouveau un rôle aux différents moments de mesure. Cependant, les prédicteurs spécifiques varient dans le temps :

- **6 semaines après l'opération :**

Les individus qui, avant l'opération, considèrent la marche comme plus nocive ont une probabilité plus élevée de rapporter une meilleure qualité de vie. En revanche, ceux qui généralisent davantage leurs comportements d'évitement ont une probabilité plus faible.

- **3 mois après l'opération :**

Seule l'attente postopératoire d'une douleur plus intense à trois mois est significativement associée à une probabilité plus faible de rapporter une meilleure qualité de vie.

- **6 mois après l'opération :**

L'attente postopératoire de reprise durable du travail dans l'année et l'attente préopératoire d'une diminution de la douleur sont toutes deux associées à une probabilité plus élevée de rapporter une meilleure qualité de vie.

- **12 mois après l'opération :**

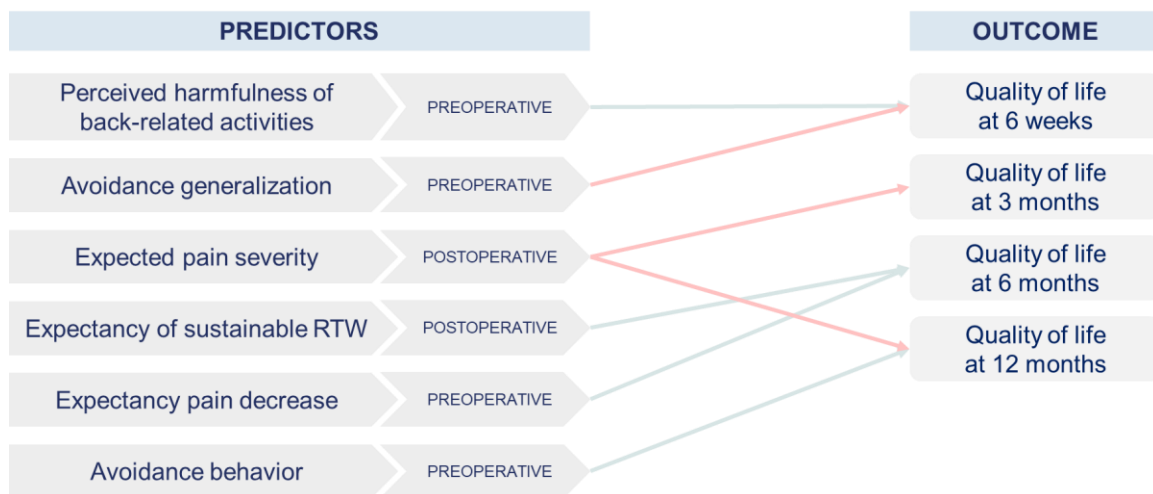
Les individus qui présentaient davantage de comportements d'évitement avant l'opération ont une probabilité plus élevée de rapporter une meilleure qualité de vie, tandis que ceux qui s'attendent à ressentir plus de douleur à 12 mois ont une probabilité plus faible.

Résumé des résultats

La **Figure 9** présente un aperçu des prédicteurs significatifs de la qualité de vie aux différents moments de mesure.

Figure 9

Prédicteurs significatifs de la qualité de vie.



Discussion

Les résultats montrent que les facteurs cognitifs et comportementaux, en plus des caractéristiques démographiques et liées au travail, ont une influence importante sur les issues postopératoires. Plus précisément, les attentes des patients apparaissent comme les prédicteurs les plus constants et les plus puissants. Les participants qui, après l'opération, s'attendent à reprendre le travail rapidement et rapportent un risque perçu plus faible de douleur persistante reprennent effectivement le travail plus tôt.

La probabilité de reprise à court terme est principalement influencée par l'intensité de la douleur attendue après l'opération et par le risque perçu de douleur persistante. À long terme, les attentes liées à la douleur et les croyances anxieuses jouent également un rôle. De plus, l'intensité de la douleur attendue après l'opération prédit la douleur postopératoire à différents moments de mesure. Les limitations dues à la douleur sont influencées par plusieurs facteurs psychologiques, mais l'intensité attendue de la douleur et l'attente d'une diminution de la douleur apparaissent comme les prédicteurs les plus forts à partir de trois mois après l'opération. Enfin, la qualité de vie est affectée par un ensemble relativement restreint de prédicteurs, dont la nature varie selon le moment de mesure. Néanmoins, l'intensité attendue de la douleur et l'attente d'une diminution de la douleur jouent également un rôle important. Les résultats indiquent par

ailleurs que les facteurs mesurés peu après l'opération sont de meilleurs prédicteurs du rétablissement, surtout à long terme, que ceux mesurés avant l'opération.

Deux observations méritent une attention particulière en raison de leur caractère contre-intuitif : Les individus qui, avant l'opération, considèrent la marche comme plus nocive ont une probabilité plus élevée d'avoir repris le travail (durablement) 12 mois après l'opération et de rapporter une meilleure qualité de vie 6 semaines après l'opération. Les individus qui présentent davantage de comportements d'évitement avant l'opération ont une probabilité plus élevée de ressentir moins de douleur 3 mois après l'opération, ainsi que moins de limitations et une meilleure qualité de vie 12 mois après l'opération. Ces résultats semblent contredire le modèle « peur-évitement », selon lequel une perception élevée de menace et davantage de comportements d'évitement sont généralement associés à de moins bons résultats. Une explication possible est que les comportements peur-évitement avant l'opération avaient encore une fonction protectrice, par exemple en limitant les lésions tissulaires ou l'aggravation des symptômes.

Une autre hypothèse est que des comportements « peur-évitement » plus marqués avant l'opération reflètent un état fonctionnel initial plus sévère, ce qui conduit à des améliorations relatives plus importantes après l'opération.

Ces interprétations restent toutefois spéculatives. Il est également important de souligner que :

1. Il s'agit d'analyses exploratoires avec de multiples comparaisons ;
2. La direction causale de ces effets est incertaine ;
3. L'effet peut être expliqué par des facteurs non mesurés ;
4. Une réplication dans des recherches futures est nécessaire.

Nous présentons ces résultats avec prudence et appelons à des études complémentaires avant d'en tirer des conclusions cliniques.

Sur la base de nos observations, nous concluons que le rétablissement et la reprise du travail après une chirurgie lombaire constituent un processus multifactoriel, dans lequel les facteurs biologiques, sociaux et psychologiques jouent un rôle crucial. Nos résultats soulignent l'importance d'un dépistage psychologique précoce, immédiatement après l'opération, afin d'identifier les individus à risque de récupération retardée et de cibler des facteurs modifiables, tels que les attentes inadéquates. L'évaluation de ces attentes peut être un outil particulièrement utile pour permettre aux professionnels de santé de détecter les obstacles individuels et de proposer des interventions personnalisées. L'efficacité de cette approche est confirmée par des recherches antérieures en Australie, qui montrent qu'un dépistage précoce et une intervention multidisciplinaire favorisent une reprise plus rapide du travail et réduisent les coûts sociétaux.

Enfin, il est important de rappeler que cette étude met en évidence des corrélations au niveau du groupe entre les prédicteurs et les résultats. Cela ne signifie pas que les facteurs psychologiques améliorent directement la récupération de chaque individu. Pour établir si ces facteurs de risque ont un lien causal avec les résultats, des recherches supplémentaires sont nécessaires, incluant des interventions psychologiques ciblées immédiatement après l'opération.

Conclusion

- ✓ Les attentes des patients concernant la douleur et la récupération sont les prédicteurs les plus forts et les plus constants de la reprise du travail et du rétablissement après une décompression lombaire.
- ✓ Un dépistage postopératoire précoce peut être pertinent pour identifier les patients à risque de récupération plus lente et prévenir les limitations postopératoires et l'absentéisme prolongé.
- ✓ Le dépistage est particulièrement utile lorsqu'il sert d'outil pour engager un dialogue avec le patient et identifier les obstacles individuels à la récupération et à la reprise du travail.
- ✓ Plusieurs facteurs psychologiques jouent un rôle, avec des schémas variables dans le temps.