



*Prévention des lombalgies
en milieu hospitalier
et éducation par les pairs...*

**D. DOUMONT
F. LIBION**

**Décembre 2001
Réf. : 01-16**

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1° Introduction

2° Analyse de projets d'éducation par les pairs et de programmes de prévention des lombalgies

3° Quels sont les outils (de formation et d'animation d'équipe) les plus aidants pour les éducateurs par les pairs mais également dans le cadre de programme de prévention des lombalgies ?

4° Evaluation de l'action des personnes relais (pairs) et des programmes de prévention des lombalgies

5° Informations concernant les représentations sociales des lombalgies

6° Conclusions

7° Bibliographie

Dominique DOUMONT, France LIBION ¹
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine,
Université Catholique de Louvain.

Prévention des lombalgies en milieu hospitalier et éducation par les pairs.

Un projet de prévention des lombalgies /Ecole du dos est initié par le service de médecine physique des cliniques Saint-Luc et destiné aux membres du personnel. Dans le cadre de ce projet, J. Grisart, psychologue aux Cliniques et chargé de superviser le bon déroulement de ce projet, nous demande de réfléchir à la formation de personnes relais (peer education) par rapport à cette initiative.

1° Introduction

Les lombalgies, plus simplement appelées « mal de dos » concernent un grand nombre de personnes et il semblerait que chacun une fois dans sa vie en ait souffert. Selon M. Dobson ⁽⁹⁾, 80% de la population souffre à un moment ou l'autre de douleurs dorsales et seulement 10% d'entre elle consulte un médecin mais ce motif de consultation a triplé par rapport à une consultation motivée pour un problème cardiaque.

Des études épidémiologiques ont montré que 10 à 15% des absences professionnelles sont liées à des problèmes de dos (J/M. Versloot et al ⁽¹⁹⁾), que 25% des accidents de travail aux Etats-Unis sont liés à des problèmes de lombalgies et que 34 % des personnes hollandaises bénéficiant d'un revenu d'invalidité sont catégorisées comme « ayant des problèmes locomoteurs ».

M. Dobson ⁽⁹⁾ signale également que les lombalgies entraînent des répercussions sur les activités des individus (tant au niveau professionnel que privé) similaires à celles causées par les maladies coronaires et les maladies pulmonaires (plus particulièrement, la bronchite).

Les lombalgies, outre des conséquences médico-psycho-sociales non négligeables, ont donc des répercussions socio-économiques importantes (absentéisme professionnel, longue période d'invalidité, coûts sanitaires, ...).

La connaissance et l'apprentissage des « bons gestes » devraient permettre de diminuer risques et douleurs dorsales.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, F. Libion, P. Meremans, B. Sandrin-Berthon, F. Renard et D. Doumont.

Des formations à la prévention des lombalgies sont initiées, et les différents milieux professionnels ne sont pas laissés pour compte...

La recherche d'articles sur les différentes bases de données (Doctes, Medline, Current Contents) a abouti au constat que peu de projets d'éducation par les pairs en milieu hospitalier existent. C'est pourquoi, la recherche s'est élargie vers d'autres milieux professionnels. En effet, il semble que les milieux industriel et scolaire ainsi que les communautés et/ou des groupes informels, mettent en place de tels projets depuis quelques années en privilégiant l'éducation par les pairs. Comme le soulignent A. Klein et al ⁽¹³⁾, ces « éducateurs » sont d'excellents « véhicules » pour diffuser des informations concernant la santé.

Avant de développer ce que recouvre l'éducation par les pairs, la question à se poser selon J. Green ⁽¹⁵⁾ est la suivante : comment définit-on « l'éducation par les pairs » ? que recouvre la notion de « pair » ?

En effet, selon K. Milburn (cité par J. Green ⁽¹⁵⁾), la pléthore de termes utilisés pour définir l'éducation par les pairs (tutorat par les pairs, conseils des pairs, apprentissage par les pairs, aide de la part des pairs, etc) nécessite de préciser ce que l'on entend par ce type d'éducation, car au niveau opérationnel, le choix de la définition permet de préciser le rôle attendu mais aussi le style de travail que l'on souhaite entreprendre.

Pour ce même auteur, l'éducation par les pairs est un enseignement ou un partage d'informations concernant d'une part, la santé et d'autre part, des valeurs et des croyances/représentations partagées par des membres d'un groupe d'âge ou d'un statut social similaire.

Outre la question des définitions, il est également important de réfléchir à la pertinence de modèles théoriques pour expliquer l'efficacité de **l'éducation par les pairs**.

G. Turner et J. Sherpherd ⁽¹⁾ ont passé en revue six théories en se basant sur dix critères. Ces critères correspondent généralement aux raisons qui justifient le recours à une éducation par les pairs en promotion de la santé.

Ces critères sont :

1. un meilleur rapport coût/efficacité,
2. la crédibilité des pairs comme source d'information,
3. une capacité ou un potentiel d'empowerment pour les personnes impliquées,
4. le recours à des moyens de diffusion de l'information et de conseils déjà existants,
5. les pairs sont plus performants que les professionnels dans la transmission d'information, à cause du phénomène d'identification aux pairs,
6. les pairs ont un rôle de modèle positif,
7. l'éducation par les pairs bénéficie à ceux qui sont impliqués comme aux éducateurs,
8. l'éducation proposée par les pairs peut être perçue comme plus acceptable,

9. l'éducation par les pairs peut être un moyen d'éduquer des personnes qui sont difficiles à atteindre par des méthodes conventionnelles,
10. le processus d'apprentissage peut être renforcé par le contact récurrent avec les pairs.

Les 6 théories passées en revue sont :

- a) la théorie de l'apprentissage social (social learning theory) (Bandura, 1977)
- b) la théorie de l'inoculation sociale (social inoculation theory) (Durya, 1991 ; Mc Guire 1968, 1974)
- c) la théorie du rôle (role theory) (Sarbin and Allen, 1968)
- d) la théorie de l'association différentielle (differential association theory) (Sutherland and Cressy, 1960)
- e) la théorie des sous-groupes culturels (subculture theory) (Cohen 1955, Miller 1958)
- f) la théorie de la communication sur les innovations (communication of innovations theory) (Rogers and Shoemaker, 1971)

Les auteurs ont examiné l'objectif et le modèle explicatif de chaque théorie par rapport aux exigences de critères susmentionnés. Au terme de cette analyse, il apparaît que chaque théorie contribue effectivement à expliquer en quoi l'éducation par les pairs est susceptible d'être efficace. Toutefois, un nombre limité de critères seulement se retrouve dans chacune des théories (=aucune théorie ne rencontre l'ensemble des critères) et, par rapport à ces critères, il n'y a que peu de preuves d'efficacité disponibles.

En conclusion, G. Turner et J. Sherpherd ⁽¹⁾ affirment que « l'éducation par les pairs est une méthode à la recherche d'une théorie, plutôt que l'application d'une théorie à la pratique ». Même si les théories existantes contribuent à expliquer en quoi l'éducation par les pairs peut être efficace, il n'existe pas de modèle explicatif unique et il existe peu de preuves empiriques de l'efficacité de ces méthodes en promotion de la santé.

Ce tableau récapitulatif créé par I. Aujoulat dans le cadre de la réalisation de ce dossier, permet de mettre en évidence les critères retenus par théorie prise en compte.

Théories	Apprentis- sage social	Théorie inoculation sociale	Théorie du rôle	Théorie de l'associa- tion différentielle	Théorie des sous- groupes culturels (subculture theory)	Théorie de la communica- tion sur les innovations
Critères						
1. Coût / efficacité						+
2 Crédibilité des pairs	+	+	+	+	+	+
3 capacité empowerment	+					
4 moyens				+	+	+

diffusion existants						
5 performance des pairs						+
6 rôle de modèle positif	+	+				+
7 bénéfice pour les pairs eux-mêmes			+			
8 perception éducation acceptable		+	+	+	+	
9 moyen éducatif pour toucher public cible « difficile »				+	+	
10 renforcement du processus apprentissage	+					+

Toutefois, pour C. Gibson (cité par M. Dobson ⁽⁹⁾), l'utilisation du processus d'empowerment est contre productif car d'une part, les groupes (patrons et travailleurs) ont des intérêts différents et sont donc antagonistes et d'autre part, dans un tel contexte les risques de santé risquent d'être le point central de discussions, de désaccords sans qu'il n'y ait une possibilité de déterminer les responsabilités de chacun (patrons et travailleurs) dans la non-adoption de comportements de prévention.

Outre les modèles théoriques précités, d'autres auteurs préconisent l'utilisation du modèle d'approche participative en faisant appel à des professionnels de la santé.

Pour sa part, M. Dobson ⁽⁹⁾ suggère d'utiliser « **l'approche participative** » comme modèle d'éducation pour la santé. Pour l'auteur, ce modèle permet également de découvrir les facteurs qui favorisent les problèmes de douleurs lombaires. Pour cela, il se base sur les références de « The Australian National Occupational Health & Safety Commission » (1989). Pour cette commission, des activités de promotion de la santé porteuses dans le champ de la problématique des dorsalgies doivent être construites sur un modèle d'approche participative en tenant compte :

- du type de travail à exécuter : gestes, position du corps, etc.
- de l'organisation du travail dans l'entreprise,
- de la motivation des travailleurs mais aussi des dirigeants et donc de la nécessité de les impliquer dans l'ensemble du processus,
- d'écouter la « parole » des travailleurs qui peuvent par exemple suggérer des modifications de séquences de travail pour la réalisation d'une pièce, etc.

De plus, pour cette commission, la présence d'un éducateur pour la santé est nécessaire afin de coordonner le projet mais aussi d'implanter et de maintenir les stratégies d'actions ; et enfin, pour motiver tous les intervenants à réaliser les consignes de sécurité pour le dos

Pour J. Wilson (cité par M. Dobson (9)), l'approche participative devrait consister en un partage des savoirs, d'informations et de pouvoir ; en une réelle communication entre les individus et l'organisation ; en l'absence de conflits d'intérêt entre le patron (organisation) et les individus (travailleurs).

2° Analyse de projets d'éducation par les pairs et de programmes de prévention des lombalgies

Comme signalé plus haut, peu d'articles décrivent des projets d'éducation par les pairs destinés au personnel travaillant en milieu hospitalier. C'est pourquoi le présent dossier prend en compte de tels projets menés dans d'autres milieux professionnels.

Selon J. Green ⁽¹⁵⁾, les projets d'éducation par les pairs sont souvent mis en œuvre auprès des jeunes mais ils peuvent également s'appliquer pour d'autres populations cibles. L'auteur relate, par exemple, l'étude menée par L. Solomon et al. auprès d'un groupe de femmes ex-fumeuses apportant leur aide, leur soutien auprès d'autres femmes désireuses d'arrêter la consommation de tabac.

Pour K. Milburn (cité par Green ⁽¹⁵⁾), il est important de faire la distinction entre d'une part, un projet d'éducation par les pairs se basant sur un réseau social existant et d'autre part, un groupe d'amis et enfin, le groupe de personnes identifié comme groupe cible de l'action éducative.

N. Klein et al ⁽¹³⁾ traitent des motivations des jeunes à participer en tant que personnes relais dans des programmes d'éducation par les pairs pour la prévention des toxicomanies et des maladies sexuellement transmissibles.

Selon ces auteurs, les motivations des jeunes relèvent de l'altruisme, du souhait d'aider les « autres », du souhait de partager ses propres expériences et connaissances mais aussi du souhait d'apprendre de nouveaux savoir et savoir-faire qui leur permettront de trouver des réponses à leurs propres difficultés et/ou problèmes de santé.

L'étude menée par P. Kocken et al ^(10, 11) se base sur la réalisation d'activités d'éducation pour la santé (prévention des maladies) auprès d'une population de personnes âgées (hollandaises) en se basant sur la participation active de pairs, âgés de plus de 55 ans et appelés « éducateurs pour la santé ».

Les buts de cette étude sont d'une part, de déterminer les caractéristiques des personnes âgées intéressées par de telles activités éducatives réalisées par des pairs, d'en évaluer les stratégies porteuses et l'impact des activités réalisées dans le cadre de ce projet et d'autre part, d'aider les personnes âgées à trouver des informations concernant la prévention, d'augmenter leur savoir, leur savoir-faire et

enfin de leur permettre de faire des choix et d'adopter un style de vie adéquat pour leur santé.

In fine, ce programme intitulé « Successful Aging » a pour but ultime d'aider les personnes âgées à rester actives le plus longtemps possible dans la société.



L. H. Daltroy et al. ⁽⁸⁾ présentent un programme éducatif de prévention des lombalgies auprès d'une population de 4.000 postiers de Boston (USA).

Ces auteurs se sont basés sur le modèle PRECEDE de Lawrence Green pour approcher la problématique de la prévention des lombalgies. Le but de ce programme est de réduire les douleurs lombaires, d'améliorer les connaissances cognitives, les attitudes et les représentations et comportements de prévention des travailleurs.

Une autre étude de L. Daltroy et al ⁽¹⁷⁾ envisage l' évaluation du programme de prévention des lombalgies mené auprès de 4000 postiers des Etats-Unis et réalisé par des professionnels de la santé expérimentés sur base des contenus développés par l'école du dos.

N. Van Poppel. et al ⁽¹⁶⁾ décrivent un programme de prévention des lombalgies réalisé dans le département de cargaison d'une compagnie aérienne hollandaise dans le but d'évaluer d'une part, l'efficacité de soutien lombaire (corset) et d'autre part, d'évaluer les activités éducatives. L'étude (essai randomisé) a porté sur 380 ouvriers répartis en 36 groupes de travail et a duré 6 mois.

A. Feldstein et al ⁽³⁾ décrivent un programme pilote de formation à la prévention des lombalgies destiné aux infirmier(e)s, aux aides-soignant(e)s et aux technicien(ne)s de surface travaillant dans 2 unités médico-chirurgicales de l'Orégon (USA). Le développement de ce programme, intitulé « Back Attack », est motivé par le risque élevé de lombalgies (10 à 30% de problèmes/an dans cette institution) que court cette « catégorie » de soignants. La participation à ce programme se fait sur base volontaire pour le public cible. Dans un deuxième temps, cette institution hospitalière projette d'étendre ce programme à l'ensemble de ces travailleurs.

La formation est dispensée par un médecin en collaboration avec des représentants du service de médecine du travail, du service de kinésithérapie et d'éducation pour la santé.

L'étude de Sobaszek A. et al ⁽²⁰⁾ relate l'expérience de la création d'une école du dos à l'hôpital universitaire de Lille en collaboration avec le département de médecine physique et réhabilitation en 1992. Cette école est destinée aux personnels soignants, aux techniciens et techniciens de surface ayant des douleurs dorsales chroniques. Elle a pour objectifs d'améliorer la qualité de vie du public cible, d'assurer une réhabilitation de ces personnes au niveau professionnel et privé, d'aider ces personnes « inactives » à redevenir des personnes actives sur le plan professionnel et enfin à consolider les acquis préventifs.

S. Fanello et al ⁽²⁾ décrivent une étude épidémiologique dont l'objectif est de mesurer l'impact d'un programme de prévention des lombalgies pour les infirmières employées dans une institution hospitalière du Mans (France).

Quelles sont les places et rôles de la personne relais dans un projet de prévention par les pairs ?

Parmi les articles retenus, peu d'articles évoquent réellement la question de la place et du rôle des personnes relais dans des projets de prévention par les pairs.

P. Kocken et al ^(10,11) insistent sur le rôle et la place importante que jouent les pairs car les participants accordent plus de crédibilité aux messages éducatifs délivrés par ces personnes ayant des activités de loisirs, un mode de vie et un âge similaires au groupe cible. De ce fait, selon ces auteurs, les messages éducatifs sont plus écoutés et pris en considération. En quelque sorte, les pairs servent de modèle pour le public cible.

Ces mêmes auteurs (cités par J. Green ⁽¹⁵⁾) exposent d'autres motifs pour lesquels le recours à des personnes relais est intéressant. Ces motifs sont par exemple la possibilité de s'appuyer sur leur réseau social et leurs canaux de communication ; leurs interventions sont plus porteuses que celles réalisées par des professionnels de la santé, peu d'investissements financiers sont nécessaires, etc.

Comment assurer une continuité des messages éducatifs dans le temps ?

J. Green ⁽¹⁵⁾ signale que très peu d'informations sont publiées à propos des stratégies utilisées par les éducateurs par les pairs lors des sessions de travail et à fortiori sur celles mises en œuvre pour assurer la continuité des messages !

De plus, comme le soulignent K. Backett-Milburn et S. Wilson (cité par Green ⁽¹⁵⁾), une des difficultés que rencontre l'éducation par les pairs est le maintien d'une stabilité des groupes de pairs « éducateurs » car ces personnes éprouvent des difficultés à s'investir à long terme surtout lorsqu'elles sont jeunes. Ceci implique la nécessité de former un nombre important de personnes relais.

Selon ces mêmes auteurs, les difficultés de recrutement ont pour motifs :

- la volonté mais aussi la disponibilité de temps pour suivre une formation,
- le potentiel personnel d'adaptabilité et de flexibilité nécessaire pour aider, éduquer, soutenir « ses » pairs,
- le sens organisationnel du travail,
- le partage de valeurs et de représentations/croyances similaires au groupe cible mais aussi en adéquation avec celles des concepteurs/organisateurs du projet,
- le sens de la discrétion, (secret professionnel)
- le sens du respect de « l'autre », c'est-à-dire la volonté de ne pas tenter d'imposer ses propres idées, opinions, valeurs,
- etc.

J. Green ⁽¹⁵⁾ propose, si possible, d'utiliser les réseaux existants plutôt que d'en créer. Il signale qu'il est important de choisir avec soin les personnes relais. Ce choix doit se faire en fonction d'une part, de leurs connaissances socio-professionnelles et

culturelles du public cible et d'autre part, de leur capacité à intégrer les éventuelles formations nécessaires.

3°. Quels sont les outils (de formation et d'animation d'équipe) les plus aidants pour les éducateurs par les pairs mais également dans le cadre de programme de prévention des lombalgies ?

G. Turner et al. ⁽¹⁾ précisent que les méthodes d'éducation par les pairs sont nombreuses et variables, allant de l'enseignement formel de type magistral, aux groupes de discussion, en passant par des méthodes telles que le théâtre, des expositions, etc. Le choix des méthodes est fonction de l'objectif du projet qui peut être par exemple, une transmission d'informations, un changement de comportement, le développement de compétences, le développement communautaire, etc. Le choix des méthodes peut dépendre également du contexte ou de la culture du groupe cible.

Certains projets combinent plusieurs méthodes, tandis que d'autres s'en tiennent à une seule.

Comme outils de formation et d'animation, J. Green ⁽¹⁵⁾ préconise essentiellement l'utilisation de focus groupes, les échanges d'expériences afin de favoriser l'encouragement des personnes relais, de rendre le contexte plus cohérent et de donner ainsi du sens au projet. C'est pourquoi, le programme de formation développe par exemple :

- la capacité des participants à percevoir et à créer les situations propices pour partager les informations concernant la santé,
- le comment répondre aux demandes, aux besoins exprimés ou non par la population cible ,
- le comment rendre les messages éducatifs visibles et lisibles,
- etc.

Le programme décrit par N. Van Poppel et al ⁽¹⁶⁾ envisage également les contenus de formation destinés aux personnes relais.

L'organisation des sessions de formation est programmée pour des groupes de 10 à 15 ouvriers. Les contenus des 3 sessions sont assurés par 2 paramédicaux expérimentés.

- la 1^{ière} session (d'une durée de deux heures) propose des informations concernant l'anatomie du dos, les techniques pour porter des charges et des exercices pratiques en situation simple
- la 2^{ème} session (d'une durée d'une heure trente - pendant 6 semaines) propose de répéter les consignes sur les techniques de soulèvement de charge et les exercices de relaxation.
- la 3^{ème} session (d'une durée d'une heure trente - pendant 12 semaines) donne des conseils (individuels) sur le lieu de travail.

Les participants portant un « soutien lombaire » reçoivent des informations orales et écrites sur la manière de placer et d'ajuster ce « corset » et sur la nécessité de porter ce dernier constamment pendant les heures de travail.

Pour P. Kocken et al ^(10, 11) les personnes relais reçoivent une formation d'une journée par semaine pendant une période d'un an. Cette formation a pour but de les rendre capables d'animer des groupes de paroles, de faciliter les échanges d'idées dans le groupe, de préparer les contenus des messages éducatifs, de synthétiser les idées et de les articuler avec les contenus de leurs messages éducatifs.



Sur base de focus groupes réalisés auprès d'infirmières, A. Feldstein et al ⁽³⁾ suggèrent que des conditions préalables sont à remplir pour que des sessions d'animation ou de formation soient porteuses. Ces conditions sont : la rémunération de la participation, le renforcement (doublage) des équipes pendant la formation pour éviter l'accumulation du travail et enfin l'adaptation du programme pour qu'il interfère le moins possible avec la routine quotidienne des activités de l'unité de soins.

Suite à l'évaluation du programme, les recommandations suivantes ont été émises par ces auteurs :

- rendre la participation obligatoire
- prévoir un système de récompenses et de prix
- définir la réduction des accidents comme une priorité élevée aux niveaux les plus élevés de la hiérarchie administrative de l'hôpital

Ce programme d'enseignement « Back Attack » d'une durée de 2 heures est dispensé pendant les heures de travail. Durant les sessions de formation, les participant(e)s étaient remplacé(e)s dans le service par d'autres collègues. Des brochures d'information étaient distribuées après ces sessions.

Chaque session était suivie de 8 heures de mise en pratique dans le service pendant les deux semaines qui suivaient.

Pendant la mise en pratique, les participants recevaient de l'assistance et un feedback sur la façon dont ils manipulaient les patients (le texte ne précise pas qui réalisait ce feedback mais il pourrait être donné par des pairs,). Durant cette période, une session de discussion (= problem solving session) était organisée pour identifier les risques présents dans l'environnement de travail. Un brainstorming sur les alternatives possibles pour réduire ces risques était planifié. Il avait également comme but d'identifier et/ou de désigner une personne relais au sein de l'équipe qui était responsable du suivi futur des consignes au sein de l'unité.

Pendant ces discussions, la présence de « personnel clé » tel qu'un(e) représentant(e) de la direction de soins infirmiers, qu'un(e) représentant(e) de la médecine du travail et un(e) représentant(e) du département d'éducation pour la santé et de la sécurité assistait à l'ensemble des débats.

L.H. Daltroy et al ⁽¹⁷⁾ décrivent les contenus de la formation réalisée par des professionnels de la santé et développés dans ce programme mais aussi les stratégies de mise en place :

- enseignement des principes de sauvegarde du dos (prise et dépôt correct de charge, postures, exercices pratiques, management de la douleur dorsale, etc.)
- examen par les soignants des postes de travail et proposition de modifications si nécessaire (ex : pose de roulettes aux chaises, changement dans la séquence de gestes manuels, etc)
- les travailleurs et leur responsable hiérarchique sont impliqués dans les décisions de ces changements (faisabilité du comment, du quand, etc.)
- proposition de constitution de sous-équipes fixes en vue d'une part, d'établir et de renforcer leurs propres normes de travail en accord avec la prévention des lombalgies et d'autre part de favoriser les échanges entre les membres du groupe.

Les outils et méthodes pédagogiques privilégiés sont la lecture, les discussions en groupe, la projection de films et transparents, l'utilisation de brochures, les démonstrations et exercices pratiques.

Les contenus de la formation traitent par exemple, de la manutention, des « bonnes » positions assises et verticales, etc., du management de la douleur, de la réalisation d'exercices pratiques, de la tenue de groupes de discussion à propos des difficultés d'implantation des changements et enfin de l'analyse ergonomique d'un poste de travail.

Une formation des soignants superviseurs est également organisée et aborde des aspects tels que :

- l'observation des postes de travail et le suivi des modifications apportées avec le superviseur,
- la formation des superviseurs au renforcement des compétences préventives des travailleurs en individuel ou en utilisant une vidéo réactualisée annuellement
- l'utilisation de brochures, affiches, etc.

Enfin, les formations sont organisées en 2 sessions de 90 minutes par groupe de 12 travailleurs et superviseurs.

Selon A. Sobaszek et al ⁽²⁰⁾, les outils les plus aidants pour les formateurs sont d'une part, les moyens audio-visuels permettant de montrer et de faire réfléchir sur des positions corporelles à proscrire, à éviter, etc. et d'autre part, les exercices de manutentions .

Ces mêmes auteurs décrivent les journées de formation mises en place pour les participants. Les sessions de formation sont organisées trois fois par an dans le cadre des activités d'éducation continue. Les participants sont issus de groupes pluridisciplinaires de 6 à 8 personnes et la formation est réalisée pendant 5 jours (de 9h à 17h). Le groupe de formateurs est composé d'un psychiatre du service de médecine physique et réhabilitation, d'un médecin, d'un psychologue et enfin d'un médecin du service de médecine physique.

Les contenus « formation » développés pendant ces 5 journées concernent des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie du dos, des séances de mobilisations/manipulations par le médecin. Elles invitent également à la découverte par les participants des mauvaises postures et au « comment » y remédier. Enfin,

des sessions de balnéothérapie, de relaxation et des exercices de mobilisation sont proposés.

La dernière journée de formation consiste en un résumé des différents contenus. Un suivi individuel est programmé pour les semaines suivantes. Enfin, une discussion sur les adaptations professionnelles possibles pour chaque participant est également au programme de cette dernière journée de formation. Six mois à 1 an plus tard, les participants assistent à une journée de révision.

E. Roux ⁽¹²⁾ propose quelques pistes pour la création d'un manuel d'éducation de prévention des lombalgies en ayant abordé les problèmes rencontrés et les solutions envisageables. Pour l'auteur, les douleurs lombalgiques doivent être envisagées dans leurs dimensions somatique, psychologique et pédagogique et l'école du dos devrait développer une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire. Pour cet auteur, les méthodes et approches développées par « l'école du dos » ne se suffisent pas à elles seules pour résoudre la problématique des lombalgies.

Lors de l'élaboration de la brochure, l'interdisciplinarité a été privilégiée vu la réelle nécessité d'harmoniser les concepts utilisés par les différents promoteurs du projet (médecins, psychologues, ...). Ce travail interdisciplinaire a abouti à l'harmonisation et à la simplification des messages éducatifs afin de favoriser une meilleure rétention et appropriation de ces derniers par les patients.

L'auteur conseille vivement de simplifier au maximum les messages éducatifs en utilisant des illustrations (photos, dessins, etc.)

La brochure a été conçue comme une scène théâtrale qui permet de stimuler la curiosité du patient, de faire appel à son sens de l'observation et de lui permettre d'aboutir à résoudre seul ses problèmes.

Donc, pour Roux ⁽¹²⁾, le développement d'un matériel didactique destiné au patient doit être simple dans ses messages, limité à une réalité concrète et journalière à laquelle le patient doit faire face. De plus, ce matériel didactique devrait stimuler chez la patient son sens de l'observation et sa capacité à trouver ses propres réponses à son problème

S. Fanello et al. ⁽²⁾ décrivent le programme de formation suivant :

De 1991 à 1995, la formation était assurée par des cadres infirmiers et des kinésithérapeutes formés en ergonomie. La formation était programmée sur 6 jours pour des groupes de 12 personnes. Les contenus envisageaient les instructions théoriques sur la façon de manipuler les patients et d'autres charges pour éviter les douleurs dorsales. L'enseignement s'appuyait sur la méthode proposée par P. Dotte (Montpellier).

Après 3 et 6 mois, des observations des employés en poste au travail étaient programmées sur 2 jours consécutifs. Des réajustements accompagnés de conseils étaient formulés en cas de nécessité. Enfin, le personnel soignant est encouragé à rechercher activement des formes de soutien telles que la demande de participation la plus active possible des patients lors de mobilisations, la (les) suggestion(s) d'aménagements dans l'équipement, les procédures de stockage, les échanges d'idées, etc.

4°. Evaluation de l'action des personnes relais (pairs) et des programmes de prévention des lombalgies.

J. Green ⁽¹⁵⁾ ne précise pas les méthodes ni les outils d'évaluation utilisés. L'auteur décrit une revue de littérature basée sur 13 études. Ces études semblent montrer que l'éducation par les pairs influence les connaissances, les attitudes et les croyances/représentations tant au niveau des pairs éducateurs qu'au niveau du public cible.

L'évaluation des actions menées par les éducateurs est difficilement réalisable car d'une part, peu d'informations sont recueillies sur la manière dont les éducateurs utilisent les contenus de la formation lors de leurs animations auprès du public cible et d'autre part, il y a peu d'informations concernant le programme de formation des pairs permettant son évaluation.

K Backett-Milburn et S. Wilson ⁽¹⁴⁾ fournissent des informations sur le processus d'évaluation de l'éducation par les pairs. Les auteurs insistent sur les facteurs favorables à la réussite d'un projet d'éducation par les pairs à travers un exemple concret destiné aux jeunes. Les résultats positifs sont obtenus grâce à l'harmonisation qui existe entre les facteurs contextuel, organisationnel et institutionnel du projet, la structure et la dynamique des acteurs clés impliqués (facteurs culturels pris en compte).

Ces mêmes auteurs montrent que l'efficacité du processus est autant tributaire de la mise en œuvre correcte du projet, du contexte organisationnel favorable et de l'interaction positive des personnes impliquées. De plus, les auteurs soulignent que le management et la structure organisationnelle ont exercé une influence importante sur la forme et le contenu du projet. La prise en compte des souhaits, des attentes et le dynamisme des participants ont facilité le processus.

Cet article montre que l'éducation par les pairs a non seulement contribué à augmenter les aptitudes individuelles et de groupes, mais aussi la confiance des participants en eux-mêmes et dans le projet et ce parfois en dehors du projet en tant que tel. En dehors d'être une méthode d'éducation et d'apprentissage, l'éducation par les pairs s'avère être un processus social.

Les caractéristiques prises en compte pour l'évaluation du projet ⁽¹⁰⁾ (Peer-led senior health education program) sont l'âge, le sexe, l'état civil, le statut socio-économique, l'existence d'un support social, la participation aux activités sociales, le sentiment d'auto-efficacité. Il s'agit d'une évaluation quantitative par questionnaire auto-administré auprès de l'ensemble de la population âgée de 55 à 79 ans et habitant une zone urbaine proche de Rotterdam. L'article traite des déterminants tels que : la participation sociale, le support social et le bien-être.

Pour ces mêmes auteurs ⁽¹¹⁾, l'organisation de quatre sessions n'est pas suffisante pour voir un effet persistant sur l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité et sur le sentiment que les personnes âgées ont toujours une place et un rôle à jouer au sein de la société. (Peer-led senior health education program)



L'étude menée par C. Brown K et al. ⁽¹⁷⁾ investigate les effets de « l'école du dos » sur un certain nombre de paramètres (variables dépendantes) tels que : la perte du temps de travail, son coût, le coût médical des lombalgies, le nombre de traumatismes chez les employés.

Cette étude menée auprès de 2 groupes de personnes (groupe expérimental – groupe témoin) a permis de mettre en évidence une diminution statistiquement significative des variables précitées auprès du groupe expérimental après sensibilisation/formation à l'Ecole du dos.

Cependant, C. Brown et al. signalent bien que les actions menées par l'école du dos ne suffisent pas à elles seules et qu'il faudrait les compléter par d'autres approches dont l'approche dite « traditionnelle » qui est axée sur le repos et la médication en cas de traumatisme.

N.M Van Poppel et al ⁽¹⁶⁾ décrivent un programme de prévention des lombalgies réalisé dans le département de cargaison d'une compagnie aérienne hollandaise dans le but d'évaluer d'une part, l'efficacité de « soutiens lombaires » et d'autre part, d'évaluer les activités éducatives. L'étude (essai randomisé) a porté sur 380 ouvriers répartis en 36 groupes de travail et a duré 6 mois. Les participants ont été répartis en 4 groupes :

- le premier groupe a reçu des instructions concernant le soulèvement et le transport de charge
- le second groupe a bénéficié de séances d'éducation
- le troisième groupe a obtenu des informations concernant les corsets (soutien lombalgique)
- le dernier groupe n'a reçu aucune consigne de prévention

Dans les 4 groupes, une évaluation de l'incidence des douleurs lombaires et de l'absentéisme pour congé de maladie pendant 6 mois est menée.

Cette évaluation est complétée par l'évaluation d'une part, des effets du soutien lombalgique par la mesure de la musculature du tronc et d'autre part, par la compliance des participants au port de ce soutien lombalgique.

Selon cette étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les 4 groupes d'intervention : l'incidence des douleurs lombaires est de +/- 35% dans tous les groupes.

Dans le groupe « éducation » seul, les auteurs ne relèvent aucun effet des actions éducatives et ce résultat est confirmé par d'autres études. Dans le groupe « soutien lombalgique », l'évaluation ne montre aucune efficacité des actions éducatives /sensibilisations quant au port du corset et un faible taux de compliance est relevé. Les auteurs constatent la même « non efficacité » dans les groupes « éducation » et « soutien lombalgique ».

L'évaluation réalisée porte sur un groupe de 4000 travailleurs postaux ⁽¹⁷⁾ répartis en groupes de 10 à 12 personnes. L'ensemble des groupes a été randomisé (1 groupe expérimental et 1 groupe témoin) ; tous les participants ont reçu les informations standards provenant du service postal à propos de la prévention des lombalgies.

Les résultats de cette évaluation ne révèlent aucun effet du programme éducatif sur :

- la diminution et/ou l'apparition des douleurs lombaires chez les participants,
- le coût, l'absentéisme, etc

Les seuls effets de ce programme concernent une amélioration des comportements de sécurité des ouvriers.

Pour L.H. Daltroy et al ⁽¹⁷⁾, la réussite ou l'échec d'un programme éducatif dépend également de facteurs économiques et sociaux, du mode de management du travail.

Dans un programme pilote de formation à la prévention des lombalgies ⁽³⁾, on ne relève pas d'évaluation de l'action des personnes relais, mais bien une évaluation du programme. Malgré l'adaptation du programme suivant les exigences (participation obligatoire, prévision d'un système de récompenses et de prix, définition de la réduction des accidents comme étant une priorité élevée au niveau de l'ensemble de la hiérarchie administrative de l'hôpital) mentionnées lors de l'évaluation de ce programme, des obstacles à la participation et à l'adhésion des infirmières au programme de formation ont été relevés :

- beaucoup d'infirmières ont exprimé leur préoccupation par rapport au sentiment de perdre la continuité des soins avec le patient pendant la formation
- certains éléments du cours (ex. : « accompagner » la chute du patient plutôt que « relever » le patient qui tombe) apparaissent comme tout à fait inacceptables aux infirmières : comme pour beaucoup d'autres professionnels à l'hôpital, la « culture infirmière » veut que le patient passe en premier...

L'évaluation ⁽⁹⁾ faite par S. Snook et al. (cité par M. Dobson), montre qu'il n'y a pas de différence significative entre l'incidence de douleurs dorsales chez des employés d'une industrie ayant organisé des activités de prévention et une industrie n'ayant rien prévu et organisé à ce propos.

S. Keller et al ⁽⁵⁾ étudient l'applicabilité du modèle trans-théorique de Prochaska à la prévention du mal de dos, auprès d'un échantillon de 149 employés de l'administration allemande.

Ce modèle décrit par Prochaska et al. se base sur le principe que tout changement de représentation/croyance d'une personne passe par 5 étapes. Ces étapes sont :

- la pré-intention : aucune intention de changer ou déni du besoin de changer,
- l'intention : intention de changer dans les 6 prochains mois,
- la préparation : intention sérieuse de changer dans les 30 prochains jours,
- l'action : le changement s'opère,
- le maintien : consolidation du changement après 6 mois.

180 questionnaires ont été distribués et 149 ont été complétés (83 %), ils concernent :

- la répartition des employés dans les cinq stades du modèle (pré-intention, intention, préparation, action, maintien) pour ce qui concerne leur intention de se tenir droit.
- 26 items relatifs aux comportements visant à prévenir le mal de dos (par exemple, « Dans les deux dernières semaines, j'ai interrompu mes activités sédentaires pour bouger pendant quelques minutes. » : cinq réponses possibles de « jamais » à « toujours »
- 20 items pour évaluer le degré de confiance en soi-même ou le sentiment d'efficacité (par exemple, « Avez-vous confiance dans votre capacité à vous tenir droit quand vous êtes assis à votre bureau ? » : cinq réponses possibles de « Je n'ai pas du tout confiance » à « J'ai tout à fait confiance »
- 11 items pour décrire les facteurs favorisant l'adoption de bonnes habitudes posturales (par exemple, « Si je me tiens droit, je vais éviter le mal de dos » et

6 items pour décrire les facteurs gênant l'adoption de telles habitudes (par exemple, « Si je me tiens droit, je vais paraître arrogant. »). Les personnes interrogées devaient évaluer la façon dont chaque item pouvait intervenir dans leur décision de changement d'habitudes.

Les scores obtenus à chaque catégorie d'items progressent au fil des cinq stades. Autrement dit, les employés qui sont au stade de la préintention ont moins de comportements préventifs, ont moins confiance en eux-mêmes et sont plus influencés par les facteurs gênant l'adoption de bonnes habitudes posturales que les employés des stades suivants. Le modèle transthéorique semble donc adapté à la prévention du mal de dos par l'adoption de bonnes habitudes posturales.

Les auteurs concluent que les approches éducatives visant à prévenir le mal de dos devraient évaluer le stade auquel se trouve chaque personne afin de choisir un mode d'intervention adapté.

Y. Henrotin et al ⁽⁶⁾ travaillent les définitions, critères de qualité et évaluations d'un programme de type école du dos.

Au terme de leur évaluation, ils proposent les recommandations relatives à l'évaluation de l'efficacité des écoles du dos

- Recommandations prioritaires
 - o utiliser la version française de l'échelle de Dallas pour évaluer le statut algofonctionnel des patients souffrant de rachialgie chronique. Elle évalue le retentissement de la douleur sur les activités quotidiennes, le travail et les loisirs, l'état psychique et le comportement social.
 - o utiliser un parcours test pour évaluer le comportement gestuel du patient. Ce parcours comporte cinq tâches : se lever et se coucher, balayer sous un lit, prendre une poubelle de 6 kg posée sur un meuble et la placer sur le sol, lacer une chaussure, ranger rationnellement une armoire.
- Recommandations non prioritaires
 - o pour une évaluation des problèmes émotionnels associés à la lombalgie, utiliser l'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale) qui est traduite en français par J.P. Lépine.
 - o analyser le parcours test par vidéoscopie.

G. Anderson ⁽¹⁹⁾ (cité par Versloot J-M) propose 4 approches de prévention des lombalgies :

- le travail à prester doit correspondre au « profil » (to fit) de l'employé
- le travailleur « adhoc » doit être sélectionné pour effectuer le travail « adhoc ».
- le travailleur doit être « entraîné » à réaliser son travail de façon à éviter la survenue d'un préjudice pour sa santé
- enfin, lorsque la maladie et/ou l'absentéisme surgissent, l'employé doit être traité « efficacement » pour envisager une remise sur pied rapide.

Ces mêmes auteurs se sont penchés sur la problématique de l'absentéisme assez marqué des chauffeurs de bus (en comparaison avec d'autres tranches de population) liée, d'après eux,

- à la monotonie de leur travail,
- station immobile (assise) prolongée
- au stress
- au manque d'identification dans ce travail.

Mais l'absentéisme et le mal de dos trouvent des causes multifactorielles : des facteurs physiques et psycho-sociaux ainsi que les conditions de travail ont un rôle important à jouer, mais l'âge et la fonction occupée par l'employé interviennent également.

Afin de déterminer l'efficacité d'un programme de prévention des lombalgies en milieu professionnel (industry) ⁽¹⁹⁾, une étude prospective, randomisée a été réalisée aux Pays-Bas.

Les chercheurs ont émis deux hypothèses :

- un programme « école du dos » prônant les comportements sains à adopter (information concernant la bonne prise en charge de son dos, la pratique d'exercice physique, la nutrition, la gestion du stress, la relaxation) peut avoir des effets positifs sur l'incidence et la longueur de l'absentéisme.
- le programme « école du dos » sera « rentable » en terme de réduction des coûts liés à l'absentéisme.

Méthode : un échantillon de 1549 chauffeurs de bus a reçu un questionnaire par voie postale. 1147 chauffeurs ont retourné ce questionnaire (taux de réponse de 82 %).

Un groupe expérimental a été créé, il comprenait 200 chauffeurs de bus issus de la région sud du pays et un groupe contrôle qui comprenait un nombre de 300 chauffeurs issus de la région nord du pays.

Le groupe expérimental a bénéficié du programme « école du dos », programme qui comprenait trois sessions avec un intervalle de six mois entre les trois sessions .

Ce programme a été développé par une équipe multidisciplinaire et destiné tout spécifiquement à l'attention des chauffeurs de bus.

Pour la réalisation de celui-ci, l'équipe multidisciplinaire s'est inspirée de quatre sources :

- les résultats du questionnaire (pré-testé)
- les interviews semi-structurés réalisés auprès des chauffeurs de bus, du personnel de staff, et les médecins de la compagnie industrielle.
- les observations des chauffeurs de bus quant à leur travail et leur lieu de travail.
- la littérature.

Les résultats de l'étude ont démontré l'impact positif de la mise sur pied d'un programme « école du dos » par rapport au degré d'absentéisme (en terme de longueur) , toutefois, ils étaient moins positifs en terme d'incidence.

L'hypothèse 2 quant à elle a pu être confirmée, à savoir, le programme « école du dos » est rentable en terme de réduction des coûts liés à l'absentéisme.

Ce changement se manifeste surtout en terme de diminution du temps d'absence.

Les auteurs concluent que leurs observations rejoignent celles déjà faites dans le cadre d'études rétrospectives réalisées auparavant où l'on constatait qu'un programme d'éducation pour la santé pouvait à lui seul diminuer les taux d'absentéisme auprès d'une population étudiée.

Les auteurs constatent également que les changements observés n'étaient pas de courte durée puisque deux ans après la réalisation des sessions, les bons résultats recueillis concernant l'absentéisme étaient encore vérifiables.

Toutefois, les auteurs ne peuvent « commenter » la « manière » dont le programme « école du dos » a pu influencer le niveau d'absentéisme. Des conseils doivent toutefois être fournis pour conserver ces « comportements éducatifs ». Un feed-back (positif) renforce les changements de comportements.

Les lombalgies atteignent 60 à 80 % des adultes américains à un moment donné de leur vie. Considérant la prévalence de celles-ci, leur coût et aussi l'impact des lombalgies sur l'absentéisme professionnel, des stratégies pour prévenir le mal de dos ont été développées.

A. Lahad et al ⁽¹⁸⁾ ont évalué l'efficacité de quatre types de stratégies de prévention des lombalgies auprès de personnes asymptomatiques :

- la réalisation d'exercices,
- l'éducation,
- le port de corsets,
- la modification des facteurs de risques.

Pour ce faire, ils ont sélectionné 190 articles dont 64 contenaient des données concernant la prévention des lombalgies.

Selon les auteurs, l'éducation peut prévenir le mal de dos par l'intermédiaire de trois mécanismes :

- l'augmentation des connaissances concernant les activités provoquant une douleur et des stratégies pour soulever des charges peut diminuer le nombre de douleurs dorsales.
- favoriser la compliance par rapport à la pratique des exercices.
- faire savoir que les douleurs dorsales sont « self-limited », obligeant ainsi le patient à « apprivoiser la douleur » (« to cope with »)

L'éducation est souvent le « moteur » dans toute stratégie de prévention menée en milieu industriel.

Les auteurs ont donc évalué quatre stratégies de prévention au travers d'études sur des sujets aussi bien symptomatiques qu'asymptomatiques.

Toutefois, ils ne peuvent conclure à l'efficacité de séances d'éducation dans le cadre de la prévention des douleurs dorsales.

L'article de A. Sobaszek et al ⁽²⁰⁾ envisage une évaluation rétrospective sur 8 ans auprès d'une population de 108 professionnels de la santé ayant reçu une formation à l'école du dos de 1992 à 1997. Il s'agit d'une évaluation rétrospective.

On note l'existence de critères d'inclusion : persistance de douleurs chroniques depuis plus de 6 mois et résistantes à tout traitement médical classique pour ce type de problème de santé

L'évaluation se fait sur base d'un examen clinique, d'un questionnaire médical et socio-professionnel et de deux questionnaires auto-administrés (1 concernant l'échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies (EIFEL) et l'autre concernant la qualité de vie qui évalue l'impact des douleurs chroniques sur les activités professionnelles, les activités sociales, l'anxiété, la dépression,...).

Quelques résultats de l'évaluation du programme :

- tous les participants déclarent avoir toujours des douleurs mais la fréquence et la durée ont significativement diminué ($p < 0.001$)
- les consultations chez le médecin généraliste ont diminué significativement ($p < 0.001$), ainsi que la prise médicament ($p < 0.001$)
- impact du programme sur la qualité de vie : 92% des participants sont satisfaits, 74% d'entre eux ont repris des activités de ménage, et pour 68% d'entre eux, on note la reprise d'une activité sportive.

Pour les auteurs, les résultats apparaissent comme positifs, le but étant d'aider les gens à mieux connaître leur problème de santé, à savoir mieux le gérer et à trouver des alternatives de postures

J-P. De Bono et al ⁽²¹⁾ envisagent la problématique de l'apparition et/ou de l'augmentation des douleurs lombaires auprès d'une part, de médecins stagiaires et/ou d'infirmières et d'autre part, auprès de médecins et/ou d'infirmières débutant leur carrière professionnelle en Angleterre.

L'étude a pour objectif d'investiguer la prévalence et le degré de sévérité des symptômes dorso-lombaires auprès de la population cible.

Les données épidémiologiques qui ont amené les auteurs à réaliser cette évaluation sont :

- les douleurs lombaires sont une des causes majeures de morbidité dans la population active anglaise avec une prévalence de 40%.
- ce problème est aussi reconnu comme un problème de santé pour les professionnels de la santé travaillant en milieux hospitaliers. En effet, plus de 50% des soignants se plaignent de symptômes et la prévalence de ces symptômes varie de 52 à 64%.
- ce sont les infirmières qui constituent la population à haut risque et la majorité d'entre elles identifie leur travail comme étant la source des symptômes douloureux.
- l'histoire des douleurs lombalgiques de chaque individu est un très bon indicateur prédictif de symptômes, des congés de maladie, d'interventions chirurgicales,... dans le futur. C'est pourquoi, il est intéressant d'identifier ce risque auprès de la population cible et ce, le plus tôt possible.

Le questionnaire utilisé pour cette évaluation a été construit sur base du questionnaire validé intitulé « Standardized questionnaire for low pain ».

Les questions posées concernent par exemple :

- la présence ou l'absence de douleurs lombaires avant de débiter une carrière professionnelle comparé avec le présent (X mois de travail)
- la durée, la fréquence et l'intensité des douleurs
- l'interférence (impact) éventuelle de ces périodes douloureuses sur le travail (l'arrêt de travail, le nombre de jours, la prise de médicaments, le nombre de consultations médicales, etc.)
- les demandes et attentes de la population cible par rapport à une formation en manutention, une formation concernant la prise en charge médicale de ces symptômes douloureux.

Parmi les résultats, on note que :

- 48% de la population cible constituée par les stagiaires médecins/infirmières signalent des symptômes de douleur lombaire durant les 3 à 5 premiers mois de travail et 13% d'entre eux (significatif selon auteurs) ont consulté un médecin. Les douleurs dorsales ont réellement interféré sur le travail dans 10% des cas. Pour ces professionnels de la santé, des actions de prévention ont été réalisées comme par exemple l'identification des mauvaises positions avec l'aide d'un expert et discussion sur le comment y remédier.
- pour les jeunes médecins débutant une carrière professionnelle (les jeunes diplômés), 41% d'entre eux relatent des symptômes fréquents après 4 mois de travail. (causes avancées : station debout prolongée quotidienne, mobilisation des patients lors des visites médicales, etc. sans oublier que les facteurs psychologiques ont également une influence (stress plus important,

concentration élevée, changement de statut d'étudiants à celui de travailleurs avec perte du support social que constituent les amis de la promotion)).

- les auteurs ont été surpris de constater des différences dans les résultats en fonction par exemple du lieu de formation des médecins (comparaison entre facultés d'universités différentes mais aussi des hôpitaux qui ont participé à la formation de ces médecins). C'est pourquoi, les auteurs recommandent aux gestionnaires des hôpitaux de dégager des moyens financiers pour former le personnel de santé à la manutention.

5°. Informations concernant les représentations sociales des lombalgies.

Pour les auteurs ⁽¹⁷⁾, la difficulté de changer les représentations sociales reflète bien la complexité des facteurs qui interviennent comme le degré de satisfaction au travail, la perception négative des interventions des superviseurs etc. Les auteurs reconnaissent que dans leur programme, ce point est peu envisagé. Ils insistent cependant sur le fait que les représentations sociales sont à inclure dans un programme éducatif en individuel et/ou destiné à un petit groupe de participants.

C. Cedraschi et al ⁽⁴⁾ réalisent une évaluation quantitative de la congruence entre les représentations des patients rachialgiques et la connaissance scientifique des spécialistes, avant (T 0) et après (T 1 = à un mois et T 2 = à un an) la mise en œuvre d'un programme d'école du dos.

Les experts ont demandé à 62 patients de donner oralement leur propre définition de 11 termes (Qu'est-ce que ce terme signifie pour vous ?) : arthrose, disque vertébral, hernie discale, sciatique, courbures de la colonne vertébrale, musculature, psychologique, changements d'habitudes, prévention, bras de levier, économie. La réponse était notée par l'enquêteur.

Trois groupes de formateurs d'école du dos ont donné leur propre définition (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, rhumatologues). Celles-ci ont été comparées pour arriver à un consensus qui correspondait aux notions que les formateurs voulaient faire acquérir aux patients. On a comparé les définitions des patients aux définitions des professionnels.

Les experts concluent qu'avant un programme d'enseignement (type école du dos), même si les patients et les professionnels de santé utilisent la même terminologie, il est important de garder à l'esprit qu'il existe un fossé important entre les connaissances des patients et les conceptions des formateurs.

Ce fossé peut être réduit par un enseignement interactif mais les connaissances préalables des patients ne disparaissent pas simplement pour être remplacées par des nouvelles informations.

A long terme, les connaissances relatives au savoir faire sont mieux intégrées que les connaissances théoriques.

Plus la rachialgie est ancienne, plus les connaissances du patient sont ancrées et organisées et donc difficiles à faire bouger.

Les connaissances que les formateurs et les professionnels de santé veulent transmettre ne correspondent pas forcément à celles que les patients jugent

importantes ni à celles dont ils se souviennent. Il est donc nécessaire de prendre en compte les représentations des patients pour concevoir un programme d'enseignement mais aussi dans le cadre plus classique de la relation thérapeutique individuelle.

Remarques :

Les définitions rédigées par les professionnels sont fournies en annexe dans l'article mais pas celles des patients. Les auteurs mentionnent seulement que les définitions des patients sont beaucoup plus concrètes, incluant des exemples très précis de leur vie quotidienne ou se référant à des proverbes tels que « Mieux vaut prévenir que guérir ». Exemple : les patients insistent sur le rôle de la musculature dans la réalisation des mouvements et sur l'importance de l'entraînement alors que les formateurs donnent une définition plus générale évoquant le rôle des muscles dans une perspective plus large de prévention.

P. van Akkerveeken, (cité par M. Dobson (9)), identifie l'influence des facteurs tels que :

- l'intérêt que porte le patron envers ses ouvriers,
- la bonne communication entre employés, superviseurs, patron, compagnie d'assurance, représentants syndicaux, etc
- l'implication active du patron/direction

Cette liste est complétée par A. Imada (cité par M. Dobson (9)) par :

- l'identification de critères motivants (ex : profit, prestige, ..)
- la prise en compte et la compréhension des aspects culturels et la place de la promotion de la santé dans le contexte culturel de l'entreprise,
- l'introduction de la promotion de la santé comme outil pour limiter les coûts financiers et humains que causent les problèmes de dos.

Enfin, I. Urlings et al. (1990) (cité par M. Dobson (9)), suggèrent un modèle de changement d'attitudes et de représentations basé sur 6 étapes et faisant référence aux théories psychosociales et de communication .

Processus	Facteurs influençants
Etape 1 : attirer l'attention sur les offres d'informations	- perception sélective des offres d'informations
Etape 2 : compréhension des offres d'informations	- compréhensibilité des offres d'informations
Etape 3 : changer les attitudes	- faire percevoir les avantages et les inconvenients des changements d'attitudes
Etape 4 : intention de changer	- expérimenter le support social ou la pression sociale
Etape 5 : changer comportement	- performance possible ou impossible pour changer le comportement.
Etape 6 : maintien du changement	- feedback

Les théories d'Ajzen et de Bandura ⁽¹¹⁾ sont exploitées dans ce programme. Le programme est basé sur le fait que la participation sociale dépend de 3 déterminants : l'attitude actuelle des personnes âgées, l'influence de l'opinion de la société vis-à-vis du rôle de la personne âgée dans la société et enfin, le sentiment d'auto-efficacité de la personne âgée à entreprendre de nouvelles activités.

A. Sobaszek et al ⁽²⁰⁾, avancent l'hypothèse que le changement de représentations/perceptions du personnel hospitalier (soignants, techniciens et techniciennes de surface concernés par cette étude à propos du mal de dos, du travail, des relations de communication entre les collègues de travail) a modifié la représentation du handicap auprès de celles-ci sans pour autant pouvoir dire qu'il y ait une relation directe de cause à effet entre une meilleure perception de leur travail et la diminution des douleurs lombalgiques.

Dans le même ordre d'idées, la reconnaissance de la maladie par l'hôpital et la création d'une école du dos aident probablement aussi les participants à percevoir les bénéfices pour la santé des travailleurs.

6° Conclusions

Le recours à l'éducation par les pairs n'est pas une nouveauté...

En effet, selon P. Salovey (cité par A. Klein et al ⁽¹³⁾), depuis les années cinquante, environ 78% des professeurs d'universités américaines font appel aux étudiants « éducateurs » pour mener à bien des actions de promotion et d'éducation pour la santé auprès de la population estudiantine.

Toutefois, beaucoup s'accordent à dire que l'âge seul n'est pas un critère « d'affiliation » ... En effet, l'appartenance à une classe sociale, à une culture, à un mode de vie similaire ainsi que le partage de préoccupations communes, ..., favorisent la création de liens et donc la construction d'une « identité commune ».

Ces « pairs éducateurs » doivent être formés à l'enseignement de messages éducatifs, aux différentes techniques de communication, de médiation et d'animation, à la participation dans l'élaboration de projets de prévention, à la supervision et l'évaluation de projet, etc. afin qu'ils puissent accomplir au mieux leur mission éducative.

F. Baudier (cité in Education pour la santé des jeunes – démarches et méthodes ⁽²³⁾) distingue deux classes d'éducateurs : les pairs « multiplicateurs » et les pairs « entraidents ». Dans la problématique qui nous préoccupe (programme de prévention des lombalgies en milieu professionnel), il s'agirait alors plutôt d'évoquer les pairs multiplicateurs, chargés de transmettre dans un milieu professionnel donné informations, soutien et conseils, recommandations sur une thématique précise.

Pour les nombreux auteurs identifiés dans cette revue de littérature, le recours à l'éducation par des pairs formés est fort porteur à plusieurs titres :

- le programme d'éducation par les pairs est en premier lieu bénéfique pour les « volontaires » qui le suivent : amélioration de leurs connaissances dans le champ de la santé, influence positive sur l'adoption et/ou changement de croyances/représentations, rencontres et partages d'avis, d'expériences avec d'autres éducateurs, etc.
- le coût financier est limité puisque ces personnes sont en principe « volontaires »
- les institutions et les responsables de tels programmes peuvent faire appel à ces personnes pour répondre et/ou mener des actions d'informations basiques concernant la santé,
- les personnes bénéficiaires de telle séance d'information une fois confrontées à une difficulté de santé se tournent plus facilement vers l'aide provenant d'un éducateur pair (personne relais) car elles partagent des valeurs, des croyances et des intérêts communs.

Diverses approches par les pairs existent (programme d'intervention visant à modifier les comportements, programme de prévention axé sur la participation de personnes relais dans un milieu professionnel, programme de counseling, etc) mais quelles que soient les approches privilégiées, elles doivent être perçues (et conçues) comme des **modalités complémentaires d'action en éducation pour la santé**.

7° Bibliographie

1. Turner G., Shepherd J. (1999), A method in search of a theory : peer education and health promotion, Health Education Research, 1999, Vol. 14, n° 2, pp235-247
2. Fanello S., Frampas-Chotard V., Roquelaure Y., Jousset N., Delbos V., Jarny J., Penneau-Fontbonne D., (1999), Evaluation of an Educational low back pain. Prevention program for hospital employees, Revue du Rhumatisme (Engl.Cd.), 1999, December, pp 711-716.
3. Feldstein A., Valanis B., Stevens N., Overton C., (1993), The back injury prevention project pilot study, Journal of occupational medicine : official publication of the industrial medical association, 1993, Vol.35, n° 2, February, pp 114-120.
4. Cedraschi C., Reust P., Lorenzi-Cioldi F., Vischer T.L., (1996), The gap between back pain patients' prior knowledge and scientific knowledge and its evolution after a back school teaching programme : a quantitative evaluation, Patient Education and Counselling, 1996, 27, pp 235-246.
5. Keller S., Herda C., Ridder K., Basler H.D., (2001), Readiness to adopt adequate postural habits : an application of the Transtheoretical Model in the context of back pain prevention, Patient Education and Counselling, 2001, Vol. 42, n° 2, pp 175-184.
6. Henrotin Y., Vanderthommen M., Fauconnier C., Grisart J., Masquelier E., Peretz A., Toussaint F., Lemaître D., Angenot P ?; Mathieu G., Rossion P., Bailly D., Mahy J.L., Chif D., Dechef P., Crielaard J.M., (2001), Définition, critères de qualité et évaluation d'un programme de type école du dos. Recommandations de la Société belge des écoles du dos (SBED), Revue du Rhumatisme, 2001, Vol. 68, n° 2, February, pp 185-191.
7. C. Brown K., T. Sirles A., C. Hilyer J., J. Thomas M., (1992), Cost-effectiveness of a back school intervention for municipal employees, Spine, 1992, Vol. 17, n° 10, pp1224-1228.
8. H. Daltroy L., D. Iversen M., G. Larson M., Ryan J., Zwerling C., H. Liang M., (1993), Teaching and social support : effects on knowledge, attitudes, and behaviors to prevent low back injuries in industry, Health Education Quaterly, 1993, Vol. 20(1), pp 43-62.
9. J. Dobson M., (1991), Back pain prevention : collaborative techniques in the workplace, Health Education Journal, Vol. 50, n° 2, pp91-93.
10. Kocken P.L., Voorham A.J.J., (1998), Interest in participation in a peer-led senior health education program, Patient Education and Counselling, 1998, Vol. 34, pp5-14.
11. Kocken P.L., Voorham A.J.J., (1998), Effects of a peer-led senior health education program, Patient Education and Counselling, 1998, Vol. 34, pp 15-23.

12. Roux E., (1995), Developing an educational book about back pain: problems encountered – possible solutions, Patient Education and Counselling, 1995, Vol. 26, pp 363-366
13. Aydt Klein N., Sondag K.A., Drolet J.C., (1994), Understanding volunteer peer health educators' motivations : applying social learning theory, Journal of American College Health, 1994, Vo. 43, n° 3, pp 126-130
14. Backett-Milburn K., Wilson S., (2000), Understanding peer education: insights from a process evaluation, Health Education Research, 2000, Vol. 15, n° 1, pp 85-96.
15. Green J., (2001), Peer education, Promotion & Education, 2001, Vol. VIII/2, pp 65-68.
16. N.M. van Poppel. M., W. Koes B., van der Ploeg T., Smid T., M. Bouter L., (1998), Lumbar supports and education for the prevention of low back pain in industry, Jama, 1998, June 10, Vol 279, n° 22, pp 1789-1794.
17. H. Daltroy L., D. Iversen M., G. Larson M., Lew R., Wright E., Ryan J., Zwerling C., H. Fossel A., H. Liang M., (1997), A controlled trial of an educational program to prevent low back injuries, The New England Journal of Medicine, Vol. 337, n° 5, pp 322-328.
18. Lahad A., D. Malter A., O. Breg A., A. Deyo R., (1994), The effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain, Jama, 1994, October 26, Vol. 272, n° 16, pp 1266-1291
19. Versloot J.M., Rozeman A., van Son A.M., van Akkerveken P.F., (1992), The cost-effectiveness of a back school program in industry. A Longitudinal controlled field study, Spine, Vol. 17, n° 1, pp 22-27.
20. Sobaszek A., Fantoni-Quinton S., Delval M., Rejou P., Mauppin J.M., Lefranc D., Thevenon A., Frimat P., Edme J.L., (2001), Long-term assessment of a sanitary education and lumbar rehabilitation program for health care workers with chronic low back pain at the University Hospital of Lille, Joem, 2001, March, Vol. 43, n° 3, pp 289-294.
21. de Bono J.P., Hudsmith L.E., de Bono A.M., (2001), Back pain in pre-registration house officers, Occupational Medicine (Oxford, England), 2001, Fébr., Vol. 51, Issue 1, 62-65
22. McLellan R.K., Pransky G., Shaw W.S., (2001), Disability management training for supervisors : a pilot intervention program, Journal of Occupational Rehabilitation, 2001, Vol. 11, n° 1, pp 33-41.
23. Expertise collective, (2001), Education pour la santé des jeunes – Démarches et méthodes, Les éditions Inserm 2001, pp 79-98.