

## Qualite de vie du Personnel Hospitalier Lombalgique A Lome (Togo)

***Fianyo E.,***

Service de Rhumatologie, CHR Lomé Commune, Université de Lomé-Togo

***Kakpovi K.,***

Service de Rhumatologie, CHR Kara-Tomdè, Université de Kara-Togo

***Koffi-Tessio V.E.S.,***

Service de Rhumatologie, CHU Sylvanus Olympio,  
Université de Lomé-Togo

***Tagbor KC.,***

Service de Rhumatologie, Hôpital de Bè, Université de Lomé-Togo

***Houzou P.,***

Service de Rhumatologie, CHU Kara, Université de Kara-Togo

***Djanda M.,***

CHR Lomé Commune, Université de Lomé-Togo

***Oniankitan O.,***

***Mijiyawa M.,***

Service de Rhumatologie, CHU Sylvanus Olympio,  
Université de Lomé-Togo

Doi:10.19044/esj.2020.v16n3p254

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n3p254](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n3p254)

---

### Résumé

**Objectif:** Décrire les conséquences de la lombalgie commune sur la qualité de vie du personnel hospitalier du CHR Lomé Commune (CHR LC). **Patients et Méthode:** Il s'est agi d'une étude transversale réalisée du 15 décembre 2018 au 15 mars 2019 par autoquestionnaire auprès de 126 membres du personnel soignant hospitalier du CHR LC. La qualité de vie a été évaluée par le Questionnaire d'Owestry. **Résultats:** Soixante-dix neuf travailleurs sur 126 (62, 7 %) ont rapporté une lombalgie au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le score d'Owestry a mis en évidence une incapacité minimale chez 74,2% des soignants, modérée chez 17,9%, sévère chez 3,2% et extrême chez 1,6% d'entre-eux. Les domaines les plus fréquemment affectés ont été : le port d'objets lourds (69%), les positions debout (65%) ou assise (51,3%) prolongées, la marche (50,7%), et l'intensité de la douleur (48,8%). **Conclusion:** L'impact de la lombalgie sur la qualité de vie des soignants est réel au CHR LC. Les positions debout et assise, le port d'objets lourds, et la

vie sociale sont les domaines où l'incapacité est la plus sévère. La mise en oeuvre de programmes de prévention de la lombalgie est nécessaire pour réduire cet impact.

---

**Mots clefs:** Lombalgie, Professionnels De Santé, Qualité De Vie

---

## **Quality of Life Among Healthcare Workers with Low Back Pain in CHR Lomé Commune**

***Fianyo E.,***

Service de Rhumatologie, CHR Lomé Commune, Université de Lomé-Togo

***Kakpovi K.,***

Service de Rhumatologie, CHR Kara-Tomdè, Université de Kara-Togo

***Koffi-Tessio V.E.S.,***

Service de Rhumatologie, CHU Sylvanus Olympio,

Université de Lomé-Togo

***Tagbor KC.,***

Service de Rhumatologie, Hôpital de Bè, Université de Lomé-Togo

***Houzou P.,***

Service de Rhumatologie, CHU Kara, Université de Kara-Togo

***Djanda M.,***

CHR Lomé Commune, Université de Lomé-Togo

***Oniankitan O.,***

***Mijiyawa M.,***

Service de Rhumatologie, CHU Sylvanus Olympio,

Université de Lomé-Togo

---

### **Abstract**

**Objective:** To describe the relationship between low back pain and quality of life among health professionals in CHR Lomé Commune (CHR LC). **Patients and methods:** A cross-sectional study was performed from December 2018 to March 2019 and included 126 staff members who filled-in the French version of the Oswestry Disability Index. **Results:** One hundred and twenty-six health professionals (70.8%) responded to the survey. Seventy-nine (62.7%) of the hospital staff reported low back pain during the preceding year. Professional activity was restricted in six workers (7,5%). The Oswestry Index reflected minimal disability in 74,2% of care providers, and moderate

disability to severe disability in 25.8% of them. Lifting (69%), standing (65%), sitting (51,3%), travelling (50,7%), and pain intensity (48,8%) were the most commonly reported. **Conclusion:** Impact of low back pain on the health professionals' quality of life is serious in CHR LC. Standing, sitting, lifting, and sex are the most seriously affected. Strategies should be implemented to prevent occupational back pain.

---

**Keywords:** Low back pain, Quality of life, Health workers

## **Introduction**

La lombalgie commune constitue un problème de santé publique au plan mondial. Les facteurs de risque de chronicisation d'une lombalgie chronique sont bien connus : ils sont cliniques, psychologiques et professionnels (Coudeyre et al, 2011; Nguyen et al, 2009). La dimension biopsychosociale de la maladie et l'hétérogénéité des patients lombalgiques explique l'efficacité relative des thérapeutiques médicamenteuses sur l'incapacité fonctionnelle et l'altération de la qualité de vie (Langenmaier et al, 2019; Bailly et al, 2015, Morel-Fatio, 2007, Husky et al, 2018). La lombalgie chronique a de lourdes répercussions socio-professionnelles et économiques (Fianyoy et al, 2017 ; Bevan, 2015 ; Dempsey et al, 1999). Elle est source de perte d'estime de soi, de peur de l'avenir, de vieillissement prématuré, et de troubles anxio-dépressifs (Snelgrove et al, 2013 ; Kakpovi et al, 2017). Dans l'étude de Carr les patients lombalgiques ont rapporté, avec une prévalence équivalente aux patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde, un handicap dans six domaines de leur vie : activités fonctionnelles et sociales, relations, statut socio-économique, bien-être émotionnel et image corporelle (Carr, 1999).

Le secteur des soins de santé est reconnu comme un secteur à risque. Les infirmiers sont particulièrement exposés (Maül et al, 2003 ; Beija et al, 2005 ; Jellad et al, 2013). L'existence d'une lombalgie peut affecter la qualité de vie des soignants et la qualité des soins dispensés aux patients (Awosan et al, 2017 ; Haute Autorité de Santé-France, 2016).

La lombalgie commune affecte 62,7% du personnel hospitalier du CHR Lomé Commune (Fianyoy et al, 2019). Devant cette fréquence élevée, cette étude a pour objectif de décrire les conséquences de la lombalgie commune sur la qualité de vie du personnel hospitalier du CHR Lomé Commune.

## **Patients et Méthode**

Il s'est agi d'une étude transversale réalisée en trois mois, du 15 décembre 2018 au 15 mars 2019, avec pour cadre le Centre Hospitalier Régional Lomé Commune. Ce centre dessert une population estimée à un

million d'habitants sur une superficie de 90km<sup>2</sup>. Il a une capacité de 126 lits, et son personnel soignant est composé de 178 membres. Les 162 soignants présents à leur poste au cours de la période d'étude, après consentement éclairé, ont été soumis à un auto-questionnaire portant sur les données sociodémographiques, les antécédents médicaux, l'existence d'une lombalgie au cours des douze derniers mois, et l'histoire de la lombalgie. La qualité de vie des soignants lombalgiques a été évaluée grâce au Questionnaire d'Owestry. Ce questionnaire constitue le « gold standard » pour évaluer le retentissement fonctionnel d'une lombalgie et son impact sur la qualité de vie (Yates M., et al, 2017, Vogler D. et al, 2008). L'interprétation du questionnaire se fait selon la grille suivante : 0-20% incapacité minimale, 20-40% incapacité modérée, 40-60% incapacité sévère, 60-80% incapacité extrême, >80% cloué au lit ou amplification des symptômes. Cent soixante-deux questionnaires ont été distribués avec un taux de réponse de 77,8%.

## Résultats

Nous avons interrogé 126 soignants (77, 8%). Les données socio-démographiques sont présentées dans le tableau 1.

**Tableau 1** : Données sociodémographiques des 126 soignants interrogés

	Soignants lombalgiques	Soignants non lombalgiques	Total des soignants
Sex-ratio (F/H)	1,82	0,74	1,2
Age moyen (ans) ± ET*	41,3± 8,2	37,4± 5,8	39,8± 7,5
Niveau d'instruction primaire ou secondaire	27	14	41
Niveau d'instruction universitaire	52	33	85
Célibataires ou divorcés	15	16	31
Mariés	64	31	95
Médecins	6	7	13
Paramédicaux	73	40	113

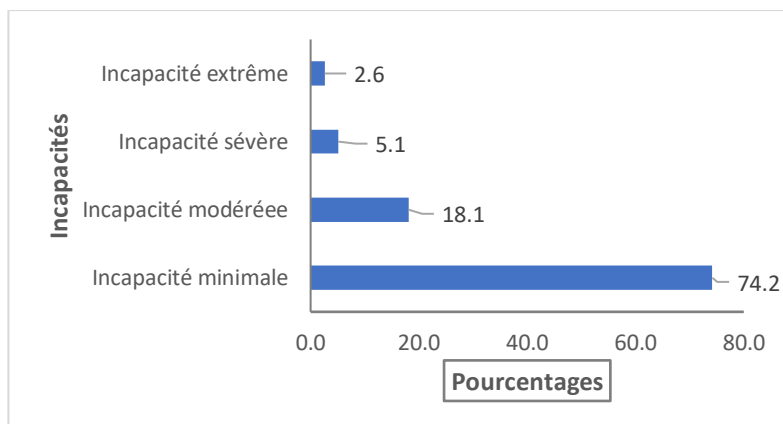
\*ET écart-type

Soixante-dix-neuf soignants (62,7%) avaient souffert de lombalgie au cours des douze mois précédant l'enquête. Il s'agissait majoritairement d'infirmiers (29,4%). Trente-trois soignants lombalgiques (41,7%) ont eu recours à l'automédication.

Quarante-un soignants étaient douloureux au cours de l'enquête : avec une douleur très légère chez 48,9%, modérée chez 39%, et assez ou très forte chez 12,1% d'entre eux. L'incapacité était modérée à sévère chez 25,8% des soignants lombalgiques (figure 1).

Les domaines les plus fréquemment cités étaient : le port d’objets lourds (69%), les positions debout (65%) ou assise prolongées (51,3%), la marche (50,7%), les déplacements (50,7%), la vie sociale (41,6%), le sommeil (36,9%), les soins personnels (35,1 %), et la vie sexuelle (27,6%). L’incapacité était très marquée dans les sections : position assise, et se tenir debout(tableau2).

La lombalgie a eu des conséquences professionnelles chez six soignants : deux (2,5%) ont bénéficié d’un changement de poste, et les quatre autres (5%) ont bénéficié d’un aménagement de poste (exemption des gardes).



**Figure 2:** Degré d’incapacité des soignants lombalgiques (score d’Owestry)

**Tableau 2 :** Domaines d’incapacité sévère ou extrême

	Nombre (%)
La douleur m’empêche de me tenir debout plus d’une heure / plus d’une demi-heure	15 (18,9)
La douleur m’empêche de m’asseoir plus d’1 heure	13 (16,4)
Je soulève des objets très légers / je ne peux rien soulever	10 (12,6)
Ma vie sexuelle est très limitée /presque absente à cause de la douleur	03 (03,7)

## Discussion

La prévalence de la lombalgie chez le personnel soignant du CHR LC est de 62,7 %. L’âge moyen de lombalgiques a été de 42 ± 8,1ans. Le score d’Owestry a mis en évidence un handicap modéré à sévère chez un soignant sur quatre. Ces données sont préoccupantes car elles révèlent la fréquence et l’impact de la lombalgie chez des soignants relativement jeunes. Les domaines les plus fréquemment, et les plus sévèrement affectés, étaient les positions debout ou assise prolongées. La vie sexuelle est la moins souvent citée, mais la plus sévèrement impactée.

Toute interprétation de nos données doit tenir compte des limites de notre travail. L'enquête s'est limitée à rapporter les déclarations des soignants, méthode qui expose au biais d'informations. Elle est monocentrique, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des soignants souffrant de lombalgie au Togo. Cependant ces biais ne sauraient modifier fondamentalement le sens de nos résultats.

Ces résultats concordent avec ceux de la littérature dans laquelle le port d'objets lourds, les positions debout et la marche prolongées sont les positions les plus douloureuses. (Adhikari et al, 2014 ; Abolfothouh et al, 2015; Awosan et al, 2017). Quarante-quatre pour cent des infirmières interrogées par Adhikari, et 32,2% des soignants estimaient que leur lombalgie avait affecté négativement la qualité de leur travail (Adhikari et al, 2014 ; Awosan K.J. et al, 2017). Ceci se conçoit facilement car les soignants sollicitent leur rachis lors de l'examen des patients, lors des soins ou lors de leur brancardage.

Les conséquences de la lombalgie affectaient la vie quotidienne de 25,2% des soignants interrogés par Kakpovi ; et 28,3 % des soignants interrogés par Awosan (Awosan K.J. et al, 2017; Kakpovi K., Gblomatsi, A.S., et al, 2017). La vie sociale était affectée chez 41,6% des soignants de la présente étude. Les limitations fonctionnelles causées par la lombalgie, et leurs repercussions sur la vie quotidienne et la vie sociale peuvent générer un sentiment de honte et de frustration chez les lombalgiques (Bailly et al, 2015). La lombalgie chronique peut avoir une incidence sur la vie sexuelle du fait de la douleur, des effets secondaires des médicaments, ou de ses repercussions psychologiques. (Lafrenay et al, 2019 ; Nikoobakht et al, 2014). Ainsi 59% des lombalgiques interrogés par Fianyo, et 81% de ceux interrogés par Hanane ont reconnu un impact de la lombalgie sur leur sexualité (Fianyo et al, 2017 ; Hanane et al, 2013). Les patients ont souvent du mal à en parler : 66% des lombalgiques interrogés par Hanane n'en avaient jamais parlé avec un professionnel de santé, alors que 90% ont exprimé le besoin d'une prise en charge (Hanane et al, 2013). On peut donc supposer qu'un grand nombre de soignants, par pudeur (la sexualité étant taboue en Afrique) n'ont pas osé évoquer leurs difficultés. Ceux qui se sont exprimés étaient probablement ceux dont la souffrance était la plus grande.

## **Conclusion**

La lombalgie commune est un problème fréquent en milieu hospitalier avec un retentissement fonctionnel réel. Le score d'Owestry a mis en évidence un handicap modéré à sévère chez un soignant lombalgique sur quatre, alors que les soignants interrogés étaient jeunes (moyenne d'âge de  $42 \pm 8,1$ ans). La mise en oeuvre de programmes de prévention de la lombalgie est nécessaire. Des études ultérieures permettront d'évaluer les conséquences psychologiques

et professionnelles (qualité des soins notamment) de la lombalgie commune chez les soignants.

### References:

1. Abolfothouh, SM, Mahmoud, K, Moammer G, El Sayed, A, et Abolfothouh MA. (2015). Prevalence, consequences and predictors of low back pain among nurses in a tertiary care setting. *Int Orthop* ; 39 : 2439-49.
2. Adhikari S, et Dhakal G. (2014). Prevalent Causes of Low Back Pain and its Impact among Nurses Working in Sahid Gangalal National Heart Centre. *J Nepal Health Res Counc*, 12:167-71.
3. Awosan, KJ, Yikawe, SS, Oche, OM, et Oboirien, M. (2017). Prevalence, perception and correlates of low back pain among healthcare workers in tertiary health institutions in Sokoto, Nigeria. *Ghana Med J*; 51 : 164-74.
4. Bahouq, H, Allali F, Rkain, H, Ihsane, H, et Hajjaj-Hassouni N. (2013). Profile of sexuality in Moroccan chronic low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14:63.
5. Bahouq, H, Allali F, Rkain, H, et Hajjaj-Hassouni N. (2013). Discussing sexual concerns with chronic low back pain patients: barriers and patients' expectations. *Clin Rheumatol*; 32:1487–92.
6. Bailly, F, Foltz, V, Rozenberg S, Fautrel, B, et Gossec L. (2015). Les répercussions de la lombalgie chronique sont en partie liées à la perte du rôle social : une étude qualitative. *Rev Rhum* ; 82 :396-401.
7. Beija, I., Yo Unes, M., Jamilla, H.B, Khalfallah, T., Ben Salem, K., Touzi, M., Akrouf, M., & Bergaoui, N. (2005). Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. *Joint Bone Spine*, 72 : 254-9.
8. Bevan, S. (2015) Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Pract Res Clin Rheumatol*;29:356-73.
9. Carr AJ. (1999). Beyond disability: measuring the social and personal consequences of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 7 :230-8.
10. Coudeyre, E, et Ratinaud, MC. (2011). Quels facteurs de risque de la lombalgie et de son passage à la chronicité ? *Rev Rhum* ; 78 :S52-5.
11. Dempsey, PG, et Hashemi, L. (1999). Analysis of worker's compensation claims associated with manual materials hand ling. *Ergonomics*; 42: 183-95.
12. Fianyo, E, Oniankitan, O, Tagbor, KC., Kakpovi, K, Houzou, P, Koffi-Tessio, V ES, et Mijiyawa M. (2017). Coût de la lombalgie et de la lomboradiculalgie communes en consultation rhumatologique à Lomé. *La Tunisie Médicale* ; 95 :168-71.

13. Fianyo, E, Agbobli, YA, Kakpovi, K, Houzou, P, Koffi-Tessio, VES, Tagbor, K, Djanda, M, Oniankitan O, Mijiyawa, M. (2019). Prévalence et facteurs de risque de lombalgie chez le personnel soignant à Lomé (Togo). *Eur Sci J.* 15:264-73.
14. Haute Autorité de Santé-France. (2016). *Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins.* Consulté le 10 juillet 2019 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue\\_de\\_litterature\\_qualite\\_de\\_vie\\_au\\_travail.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf).
15. Husky, M.M., Ferdous Farin, F., Compagnone P., Fermanian, C., et Kovess-Masfety V. (2018). Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. *Health and Quality of Life Outcomes* 16:195.
16. Jellad, A., Lajili, H., Boudokhane, S., Migaou, H, Maatallah, S., & Frih, Z.B. (2013). Musculoskeletal disorders among Tunisian hospital staff: Prevalence and risk factors. *The Egyptian Rheumatologist*, 35(2): 59-63.
17. Kakpovi, K. Gblomatsi, A.S., Fianyo, E. Koffi-Tessio, V.E.S., Houzou, P., Tagbor K.C. Atassime, S., Oniankitan, O., & Mijiyawa, M. (2017). Prévalence et facteurs de risque associés à la lombalgie chez le personnel hospitalier à Lomé. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, 19(1) : 281-290.
18. Kakpovi K, Soedje KMA, Koffi-Tessio VES, Ahoble KE, Fianyo E, Houzou P, Tagbor KC, Dassa KS, Oniankitan O, & Mijiyawa M. (2017). Anxiety and Depression Disorders in Chronic Non-Specific Low Back Pain in Lomé (Togo). *OJRA*, 7 : 1-15.
19. Lafrenaye-Dugas, A-J, et Courtois, F. (2019). Lombalgie chronique et difficultés sexuelles : évaluation, éducation et intervention. *Sexologies* ; 28 :1-13.
20. Langenmaier, A-M, Amelung, VE, Karst, M, Krauth, C, Püschner, F, Urbanski, D, Schiessl, C, Thoma, R, et Klasen, B. (2019). Subgroups in chronic low back pain patients – a step toward cluster-based, tailored treatment in inpatient standard care: On the need for precise targeting of treatment for chronic low back pain. *Ger Med Sci.* 2019 17 Doc09.
21. Maul, I., Läubli, T., Klipstein, A., & Krueger H. (2003). Course of low back pain among nurses: a longitudinal study across eight years. *Occup Environ Med*;60:497–503.
22. Morel-Fatio M. (2007). Aspects cognitifs et comportementaux de l'incapacité dans la lombalgie chronique. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation* ; 23 :186-94.
23. Nikoobakht, M, Fraidouni, N, Yaghoubidoust, M, Burri, A, et Pakpour, AH. (2014). Sexual function and associated factors in Iranian patients with chronic low back pain. *Spinal Cord*;52:307–12.



24. N’Guyen, C, Poireau, S, Revel, M, et Papelard A. (2009). Lombalgie chronique : facteurs de passage à la chronicité. *Rev Rhum ; 76 : 537-42.*
25. Snelgrove, S, et Lioffi, C. (2013). Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Cronic Illn;9 :283-301.*
26. Roupas, Z, Vassilopoulos, A, Sotiropoulou, P, Makrinika, E, Noulas, M, Faros, E, et Marvaki, Ch. (2008). The problem of lower back pain in nursing staff and its effect on human activity. *Health Sci ; 2 (4) : 219-25.*
27. Vogler, D., Paillex, R., Norberg, M., Goumoëns, P. de, & Cabri, J. (2008). Validation transculturelle de l’Oswestry disability index en français. *Ann Readapt Med Phys, 51(5):379-85.*
28. Yates, M., & Shastri-Hurst, N. (2017). The Oswestry Disability Index. *Occupational Medicine, 67(3):241–2.*