

6

Quelles stratégies pour prévenir le passage à la chronicité des lombalgies ?

Avant de décrire et de discuter les leçons qui peuvent être tirées de certaines expériences conduites au Canada et en Suède, il importe de bien cerner la nature du problème que l'on veut résoudre pour prévenir le passage à la chronicité des lombalgies.

Histoire naturelle de la lombalgie et évolution vers la chronicité

Sans revenir en détail sur les caractéristiques essentielles de l'histoire naturelle des lombalgies (voir chapitre 1), il est utile de rappeler les données descriptives relativement convergentes de la littérature sur la question du passage à la chronicité. Si 74 à 90 % des personnes en arrêt de travail reprennent leur activité habituelle avant la fin de la quatrième semaine d'absence, 5 à 10 % des patients sont encore absents pour lombalgie, six mois après l'épisode aigu. Ces absences de longue durée sont généralement associées à un mauvais pronostic et marquent, pour plus d'un patient sur deux, une entrée dans la chronicité.

Le fait que le taux de reprise du travail au 3^e mois, c'est-à-dire à la période charnière de passage d'un état subaigu à un état chronique, varie, selon les études, de 75 à 95 % suggère qu'il existe des possibilités de réduire ce taux de passage à la chronicité et c'est cette conviction qui fonde un certain nombre d'actions de prévention décrites plus loin dans ce texte.

Par ailleurs, des résultats, plus nombreux aujourd'hui qu'en 1995, montrent qu'une prise en charge inappropriée, dans les jours qui suivent un épisode aigu, peut favoriser une évolution ultérieurement défavorable et augmenter, in fine, la proportion de lombalgies chroniques. C'est la raison pour laquelle il a semblé utile de rappeler, dans ce chapitre, les recommandations actuelles en matière de prise en charge de la lombalgie aiguë avant d'aborder, en tant que telles, les actions de prévention du passage à la chronicité, qui sont généralement entreprises entre la 4^e et la 8^e semaine d'arrêt de travail.

Prise en charge de la lombalgie aiguë

Recommandations actuelles

Il existe un consensus scientifique croissant pour juger qu'une attitude médicale inadéquate dans les premiers jours suivant l'apparition brutale d'une lombalgie peut, chez certains sujets, favoriser une évolution ultérieurement défavorable. Dans cette perspective, il est important de rappeler les recommandations les plus récentes des conférences de consensus ou des groupes d'experts.

Les *Clinical guidelines for the management of acute low back pain* publiées en 1996 (Waddell et coll., 1996) constituent une excellente synthèse de l'évidence scientifique disponible pour définir la démarche à suivre face à un épisode aigu de lombalgie. Quelques éléments clés peuvent en être extraits. Une première étape essentielle, sur le plan médical, est d'effectuer un tri diagnostique entre les douleurs liées à une lombalgie simple dite d'origine mécanique, celles d'origine radiculaire et celles pouvant être liées à une pathologie grave sous-jacente. Pour la lombalgie simple, les données de la littérature montrent que :

- le repos au lit pendant une période de 2 à 7 jours est moins efficace qu'un « placebo » ou que la poursuite des activités habituelles, si l'on considère la régression de la douleur, la rapidité de la récupération et la reprise du travail ;
- la recommandation de poursuivre les activités habituelles a pour résultat une récupération symptomatique équivalente, sinon plus rapide, et diminue la probabilité d'invalidité chronique.

Les recommandations sont donc les suivantes :

- Le praticien doit délivrer au patient des messages positifs le rassurant sur le caractère relativement bénin de son affection et sur la possibilité d'une récupération dans un délai relativement court.
- Il n'y a aucune raison de pratiquer à ce stade une radiographie de la colonne ou toute autre forme d'imagerie médicale.
- Le patient doit être encouragé à rester aussi actif que possible, à poursuivre ses activités quotidiennes et à accroître progressivement son niveau d'activité physique sur une période de quelques jours ou quelques semaines.
- Lorsque le patient n'a pas repris le travail après 6 semaines d'arrêt, il faut lui proposer de participer à un programme de réadaptation intensif.

Les recommandations formulées concernant l'inutilité ou même le caractère nocif du repos au lit n'ont pas convaincu cependant l'ensemble de la communauté médicale lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient présentant une douleur à topologie radiculaire (sciatalgie). En dépit d'une revue systématique plus récente (Van Tulder et coll., 1997) confirmant les recommandations anglaises de 1996, certains auteurs estiment que les données de la littérature ne permettent pas de proposer des lignes de conduite en matière de repos pour le patient présentant une lésion discale démontrée, avec ou sans irradiation radiculaire (Casazza et coll., 1998). Ces réserves sont levées par une étude

toute récente (Vroomen et coll., 1999) qui a comparé deux modalités de traitement chez des patients présentant une irradiation radiculaire au-delà du genou et n'exigeant pas un traitement chirurgical : 92 patients se sont vus prescrire deux semaines de repos effectif au lit, tandis que 91 autres patients se voyaient recommandés de rester debout chaque fois que possible sans cependant réaliser des mouvements contraignants pour le dos ou exacerbant la douleur. Après les deux premières semaines de traitement, 70 % des patients dans le premier groupe et 65 % dans le second groupe ont rapporté une amélioration. Après 12 semaines, 87 % des patients dans les deux groupes disaient aller mieux et aucune différence significative n'était observée entre les deux groupes en ce qui concerne l'intensité de la douleur, ou le statut fonctionnel. Les auteurs de l'étude concluent donc que le repos au lit n'est pas une thérapie plus efficace que le *watchful waiting*.

Les recommandations insistent donc sur la délivrance de messages positifs au patient et sur le rôle que pourraient jouer les attitudes et les croyances de celui-ci par rapport au mal de dos. Des études, encore préliminaires, suggèrent que des actions préventives efficaces peuvent sans doute être réalisées de façon à influencer ces attitudes et ces croyances. Une équipe anglaise (Symonds et coll., 1995) a ainsi examiné l'impact de la diffusion, en milieu de travail, d'une brochure intitulée *Mal de dos – ne souffrez pas sans raison*. Cette brochure reprenait, dans un langage simple et accessible, quelques idées telles que : une reprise rapide du travail n'a pas d'influence défavorable sur l'évolution ultérieure du mal de dos ; celui qui fait face au mal de dos de façon positive (*the copper*) a plus à gagner que celui qui cherche à éviter la douleur (*the avoider*) en restreignant ses activités ; ce dernier court en effet plus de risque de devenir invalide à cause de la lombalgie.

Afin d'analyser l'impact de ce type de message, les auteurs ont comparé une entreprise de 1 600 travailleurs où cette brochure a été diffusée, à une autre entreprise de 580 travailleurs où a été distribuée, au même moment, une brochure de prévention axée sur la présentation des bonnes postures pour la protection du dos. Dans les deux entreprises analysées, un questionnaire ayant pour objet d'identifier les croyances et les attitudes du personnel par rapport aux problèmes du dos a été distribué 1 mois avant la diffusion de la brochure, et redistribué une nouvelle fois 1 an après. En outre, l'absentéisme pour lombalgie a été mesuré durant les 4 années précédant la diffusion de la brochure et durant les 12 mois suivant sa diffusion. Les résultats montrent que la brochure de prévention axée sur les croyances et les attitudes n'a pas d'effet sur l'incidence de la lombalgie ni sur la durée de l'incapacité de travail initiale. Par contre, une réduction de 60 % des prolongations d'arrêt de travail pour lombalgie a été observée dans l'entreprise où a été diffusée la brochure favorisant une attitude positive par rapport au mal de dos. Cette étude mérite bien entendu confirmation mais elle souligne l'intérêt potentiel de cette forme de prévention secondaire.

Les programmes de prévention du passage à la chronicité

Ce type de programme a pour principe d'organiser une prise en charge, à la fois précoce et par étapes, du travailleur souffrant du dos avant qu'un processus de chronicisation de la douleur et d'incapacité fonctionnelle n'ait pu s'installer durablement.

Cette approche a été formalisée par le rapport Spitzer (Spitzer et coll., 1987) au Québec qui proposait un modèle de prise en charge clinique de la lombalgie comportant différents degrés d'intervention diagnostique et thérapeutique selon l'évolution du patient, 4 semaines, 7 semaines et 3 mois après l'épisode aigu initial. Ce schéma a notamment fait l'objet d'une mise en œuvre à grande échelle par l'organisme de couverture des accidents du travail de l'Ontario (Canada) (Mitchell et Carmen., 1990). L'« Ontario rehabilitation program » s'adressait à des accidentés du travail encore en incapacité de travail au 4^e jour après l'accident, ceux-ci pouvant être inclus dans le programme dès la 3^e semaine suivant l'épisode aigu et jusqu'au 70^e jour après l'accident. Le programme avait une durée de 3 semaines à raison de 7 heures par jour et 4 jours par semaine d'activités, soit au total 84 heures. Après les phases classiques de traitement (antalgie, mobilisation passive, mobilisation active), le programme met en œuvre un entraînement aérobique d'une part, et une musculation progressive d'autre part. Les résultats obtenus sur 703 patients, comparés à 703 témoins, montrent une reprise plus précoce du travail et un rapport coût/efficacité nettement favorable. Le programme développé dans une grande entreprise belge (Mairiaux et Oblin, 1997) s'est inspiré largement de ce programme canadien.

D'autres initiatives répondant à la même philosophie d'approche ont été développées depuis et deux d'entre elles méritent d'être brièvement décrites et commentées : le programme de revalidation mis en œuvre au sein des usines Volvo de Göteborg en Suède (Lindström et coll., 1992) et celui proposé à un réseau de 200 entreprises de la région de Sherbrooke au Québec (Loisel et coll., 1994 ; 1997).

Le modèle de prise en charge mis au point par l'Université de Sherbrooke, dit « modèle de Sherbrooke », avait l'ambition d'appliquer, en situation réelle de prise en charge, les principes et recommandations proposés quelques années auparavant par le rapport Spitzer. Le schéma de prise en charge envisagé comportait donc, à des moments prédéterminés de l'évolution du patient, certains types d'intervention (Loisel et coll., 1994). Afin d'éprouver la pertinence de ce modèle, les auteurs ont obtenu l'accord de 40 entreprises de la région de Sherbrooke, employant un total d'environ 20 000 travailleurs, pour une procédure comportant la répartition au sein de quatre groupes (Loisel et coll., 1997), par tirage au sort, des travailleurs victimes d'une lombalgie et en arrêt de travail depuis 4 semaines. Les groupes A et B ne comportaient pas d'intervention dans le milieu du travail ni d'implication du médecin du

travail du patient, tandis que les groupes C et D comportaient cette intervention. En outre, les deux groupes de chacune des catégories ainsi décrites, se distinguaient par la présence (groupes A et C) ou l'absence (groupe B et D) d'une intervention médicale clinique spécifique. En d'autres termes, le travailleur bénéficiait soit du traitement usuel décidé par son médecin traitant, soit d'une prise en charge clinique structurée selon les recommandations du rapport Spitzer, celle-ci pouvant aller jusqu'à la prescription d'un programme de réadaptation multidisciplinaire et intensif (voir chapitre 7). Pour des raisons conjoncturelles, ce modèle d'intervention n'a finalement pu être appliqué qu'à un échantillon comportant à peine plus de 100 travailleurs, c'est-à-dire environ 25 travailleurs dans chacun des groupes. En dépit de ces effectifs particulièrement faibles, l'étude a montré un effet significatif sur la reprise, par l'ouvrier, du travail normal, le groupe bénéficiant de l'intervention complète (groupe D : santé au travail plus intervention clinique spécifique) reprenant deux fois plus vite le travail en moyenne que le groupe ayant bénéficié de l'intervention clinique habituelle. L'analyse détaillée de ces résultats montre que parmi les quatre modalités d'intervention, la modalité impliquant le contact avec le médecin du travail, la visite du poste de travail et la recherche d'aménagements ergonomiques s'est avérée la plus déterminante quant aux résultats obtenus ; l'intervention clinique spécifique, bien que plus efficace que les soins habituels, a eu apparemment un impact moindre que l'intervention sur le milieu du travail.

Les résultats très encourageants des systèmes de prise en charge mis en place chez Volvo et à Sherbrooke ne doivent pas faire oublier pour autant les caractéristiques de l'histoire naturelle de la lombalgie. Une inclusion trop précoce des travailleurs souffrant du dos à la suite d'un accident de travail dans un schéma de réadaptation intensive n'est pas utile sur le plan du rapport coût/efficacité ; l'organisme assureur de l'Ontario en a fait l'expérience lorsque, s'appuyant sur les résultats très positifs de son expérience pilote (Mitchell et Carmen, 1990), il a autorisé l'admission dans son programme de patients lombalgiques dès les premiers jours suivant l'accident (Sinclair et coll., 1997). Cet élargissement de la prise en charge a fait l'objet d'une évaluation sur une cohorte de 885 travailleurs accidentés du travail avec une lombalgie aiguë. L'étude a comparé, d'une part, un groupe de 355 sujets inscrits dans le programme des « Community clinic » comportant une école du dos, des conseils préventifs et un conditionnement physique à raison de 1 à 4 heures par jour pendant 4 à 6 semaines, et, d'autre part, un groupe de 530 travailleurs faisant l'objet de la prise en charge habituelle. Les deux groupes ont fait l'objet d'un suivi pendant 12 mois au moyen d'interviews téléphoniques. Les résultats obtenus montrent que, tant chez les hommes que chez les femmes, la courbe de reprise du travail est strictement superposable dans les deux groupes ; en d'autres termes, le programme spécifique de prise en charge n'a pas eu d'effet sur la rapidité de la reprise du travail. En outre, il a représenté un coût supplémentaire pour la caisse « accidents du travail ».

La place des écoles du dos

L'apport potentiel d'une intervention de type « école du dos » pour la prévention du passage à la chronicité reste discuté. Pour les travailleurs souffrant d'une lombalgie sévère ou chronique, il semble acquis que l'école du dos, en tant que modalité d'intervention isolée, est sans effet significatif (Van Tulder et coll., 1997). Dans les autres cas et en particulier pour les personnes souffrant d'une lombalgie d'apparition récente ou d'intensité modérée, des résultats encourageants ont été obtenus dans des études récemment publiées. Ainsi, le programme standardisé d'école du dos développé par la Ligue Suisse contre le Rhumatisme (8 séances de 90 minutes) a eu pour résultat, dans une population de sujets volontaires recrutés via des annonces dans la presse locale, de réduire significativement le recours au médecin durant les 6 mois de suivi, et cela par rapport à un groupe contrôle (Weber et coll., 1996). Dans une étude méthodologiquement bien conduite, une équipe américaine a analysé l'impact d'un apprentissage d'une technique de protection rachidienne à mettre en œuvre lors du lever du lit au réveil : une réduction significative de la douleur lombaire a été observée dans le groupe formé mais pas dans le groupe contrôle (Snook et coll., 1998). Cette étude démontre donc la possibilité d'avoir une action réelle sur la douleur à travers un modèle d'auto-apprentissage. Les résultats les plus nets ont été obtenus par un programme norvégien d'école du dos « active », celui-ci s'étant traduit par une réduction du nombre de récurrences douloureuses, un allongement de la durée des périodes asymptomatiques et une réduction du nombre de jours d'absence durant les 12 mois de suivi, par rapport au groupe des patients témoins (Lonn et coll., 1999). Cet effet positif est attribuable, selon les auteurs, au caractère répété de l'apprentissage proposé (20 leçons de 60 minutes étalées sur une période de 13 semaines) et à la nature active de l'école. Chaque séance de celle-ci comportait en effet 40 minutes d'exercices et notamment des exercices de renforcements musculaires sur des appareils de physiothérapie. Ce programme devrait donc être rangé plutôt dans la catégorie des interventions multidimensionnelles.

Conclusion

Les études décrites ci-dessus permettent de tirer quelques leçons concernant les interventions les plus appropriées pour favoriser une reprise précoce du travail dans le contexte de population de travailleurs victimes d'un accident du travail.

- Les résultats obtenus par les modèles de prévention du passage à la chronicité suggèrent que des effets probants peuvent être obtenus lorsque les programmes comportent de façon structurelle une intervention par rapport au milieu de travail du patient, telle qu'une analyse ergonomique de la situation

de travail ou, encore, l'implication du médecin du travail et du superviseur de la victime dans la préparation du retour au travail du travailleur blessé.

- L'inclusion du travailleur lombalgique dans un programme de réadaptation intensive à caractère multidisciplinaire ne doit pas intervenir trop tôt ; les études réalisées indiquent en effet que les trois quarts environ des patients récupèrent spontanément leur capacité de travail dans les 4 semaines suivant l'épisode aigu. Il y a donc intérêt à laisser agir ces mécanismes naturels de récupération : l'inclusion dans ce type de programme ne sera donc envisagée, en règle générale, qu'après un minimum de 4 semaines d'incapacité de travail, et plus volontiers après 6 voire 8 semaines d'arrêt de travail.

Les modèles modernes relatifs à l'apprentissage et aux processus de changement de comportement, montrent que le simple transfert de connaissance est pratiquement toujours insuffisant à lui seul pour induire un changement durable de comportement. Pour être efficace, un programme d'école du dos doit donc permettre aux participants de se réappropriier les techniques et connaissances proposées pour les appliquer à leur environnement personnel sur les plans professionnel et extra-professionnel. Ce processus de réappropriation est nécessairement progressif et requiert un étalement dans le temps de la formation. Il semble, en outre, que l'efficacité potentielle d'une école du dos pour la prévention de la chronicité est très nettement augmentée lorsque l'intervention éducative est associée à un programme d'exercices physiques.

RÉFÉRENCES

- CASAZZA BA, YOUNG JL, HERRING SA. The role of exercise in the prevention and management of acute low back pain. *Occup Med* 1998 **13** : 47-60
- LINDSTRÖM I, ÖHLUND C, EEK C. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain : a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992 **72** : 279-293
- LOISEL P, ABENHAIM L, DURAND P. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997 **22** : 2911-2918
- LOISEL P, DURAND P, ABENHAIM I. Management of occupational back pain : the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup Environ Med* 1994 **51** : 597-602
- LONN JH, GLOMSROD B, SOUKUP MG, BO K, LARSEN S. Active back school : prophylactic management for low back pain : a randomized, controlled, 1-year follow-up study. *Spine* 1999 **24** : 865-871
- MAIRIAUX PH, OBLIN M. Évaluation d'un programme intensif de revalidation pour travailleurs lombalgiques. *Arch Mal Prof* 1997 **58** : 432-439
- MITCHELL RI, CARMEN GM. Results of a multicenter trial using an intensive active exercise program for the treatment of acute soft tissue and back injuries. *Spine* 1990 **15** : 514-521

SINCLAIR SJ, HOGG-JOHNSON S, MONDLOCH MV, SHIELDS SA. The effectiveness of an early active intervention program for workers with soft-tissue injuries. The early claimant cohort study. *Spine* 1997 **22** : 2919-2931

SNOOK SH, WEBSTER BS, MCGORRY RW, FOGLEMAN MT, MCCANN KB. The Reduction of chronic nonspecific low back pain through the control of early morning lumbar flexion. *Spine* 1998 **23** : 2601-2607

SPITZER WO, LEBLANC FE, DUPUIS M. Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders – A monograph for clinicians : Report of the Quebec Task Force on spinal disorders. *Spine* 1987 **12** Suppl : s4-s55

SYMONDS TL, BURTON AK, TILLOTSON KM, MAIN CJ. Absence resulting from low back trouble can be reduced by psychological intervention at the work place. *Spine* 1995 **20** : 2738-2741

VAN TULDER MW, KOES BW, BOUTER LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine* 1997 **22** : 2128-2156

VROOMEN P, DE KROM M, WILMINK J, KESTER A, KNOTTNERUS A. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med* 1999 **340** : 418-423

WADDELL G, FEDER G, MCINTOSH A, LEWIS M, HUTCHINSON K. *Low back pain evidence review*. Royal College of General Practitioners , London, 1996, 36 p.

WEBER M, CEDRASCHI C, ROUX E, KISSLING RO, VON KÄNEL S, DALVIT G. A prospective controlled study of low back school in the general population. *Br J Rheumatol* 1996 **35** : 178-183