

II

Les lombalgies : Quelle prévention ?

Introduction

Enjeux de la prévention des lombalgies

En matière de prévention des maladies et des syndromes douloureux, il est classique de distinguer prévention primaire (actes destinés à diminuer la survenue d'une maladie), secondaire (actes destinés à réduire la durée de la maladie ou à améliorer son évolution) et tertiaire (actes destinés à diminuer la fréquence et la gravité des séquelles et des incapacités associées à la maladie).

Dans le domaine de la prévention des lombalgies, cette division ternaire n'est pas vraiment pertinente, en particulier la distinction entre prévention primaire et prévention secondaire. En effet, du fait de la très grande fréquence de la lombalgie (en population générale comme en populations professionnelles) et de son caractère le plus souvent bénin, il est extrêmement difficile de définir une population n'ayant jamais souffert de lombalgie. Au demeurant, il serait peu pertinent de cibler des actions de prévention sur cette seule population, le fait pour un sujet d'avoir souffert une fois ou l'autre d'un épisode douloureux de courte durée ne marquant pas, fort heureusement, le début d'une évolution inexorable vers la chronicité.

C'est pourquoi les trois chapitres consacrés à la prévention des lombalgies ont été organisés à partir d'une classification différente qui distingue trois formes d'intervention : la prévention « précoce » des lombalgies, la prévention du passage à la chronicité des sujets lombalgiques, et les actions de réinsertion destinées à des sujets lombalgiques chroniques.

Le chapitre sur la prévention « précoce » passe en revue des interventions sur des populations actives non sélectionnées, au départ, sur des critères d'atteintes cliniques. Il s'agit de populations en activité avec une proportion variable de personnes ayant souffert de lombalgies ou souffrant au moment de l'intervention, sans pour autant interrompre leurs activités courantes. L'enjeu de ces actions « tous publics » est de réduire la survenue ou la récurrence des épisodes douloureux afin d'assurer, dans de bonnes conditions, la poursuite des activités habituelles des personnes concernées.

Le chapitre sur la prévention du passage à la chronicité passe en revue les différentes formes d'intervention visant une prise en charge précoce de sujets souffrant de lombalgie non spontanément résolutive, avant qu'un processus de chronicisation de la douleur et d'incapacité fonctionnelle n'ait pu s'installer durablement. A ce titre, ce chapitre n'inclut pas les démarches thérapeutiques individuelles, à visée strictement médicale.

Dans la plupart des cas, ces interventions visent des personnes actives, en arrêt de travail depuis quelques semaines seulement, et peuvent comporter à la fois une prise en charge thérapeutique à caractère collectif et des interventions sur le lieu de travail. L'enjeu de ces actions de prévention du passage à la chronicité est de favoriser le retour au travail le plus précoce possible du patient lombalgique, la reprise d'activité apparaissant, dans l'état actuel des connaissances, comme la meilleure protection contre les processus de chronicisation des lombalgies.

Le chapitre sur les actions de réinsertion des patients lombalgiques chroniques passe en revue les différents programmes de prise en charge qui peuvent être proposés à ces personnes qui ont interrompu leurs activités professionnelles depuis plusieurs mois. Il s'agit, en règle générale, de programmes d'intervention se déroulant sur plusieurs semaines voire plusieurs mois, et qui visent un reconditionnement à l'activité physique (malgré la douleur) à travers des modalités relativement diversifiées. L'enjeu de ces interventions est de permettre au lombalgique chronique de surmonter ses limitations fonctionnelles et de reprendre progressivement ses activités.

Dans chacun des trois chapitres, priorité a été logiquement donnée à l'analyse de la littérature scientifique relative aux actions de prévention favorablement (ou défavorablement) évaluées. A cet égard, les limites évoquées dans l'expertise collective de 1995 restent d'actualité, à savoir la relative hétérogénéité des études (en particulier du point de vue des critères d'évaluation utilisés), la taille relativement limitée des populations étudiées, la diversité des modalités d'interventions décrites et la très grande variété des situations de travail auxquelles elles s'appliquent, autant de facteurs qui restreignent la possibilité de tirer des conclusions générales des actions favorablement évaluées, aussi bien en prévention précoce que pour les actions de prévention de la chronicité ou de réinsertion.

Il est aussi important de signaler que les résultats ou l'absence de résultats des actions décrites dépendent, en partie, de facteurs exogènes, qui échappent aux promoteurs des actions : état du marché du travail, stratégies de gestion de la main d'œuvre en fonction de l'âge, existence ou non d'un dispositif de pensions pour lombalgie professionnelle, très variable d'un pays à l'autre.... Ces paramètres sont particulièrement importants dans l'interprétation des résultats des actions de prévention du passage à la chronicité et des actions de réinsertion, notamment dans les comparaisons entre l'Amérique du Nord et l'Europe ou entre pays européens.

Enfin, compte tenu de l'importance des dimensions ergonomiques de la prévention des lombalgies en milieu de travail, il a semblé utile de rappeler, dans le corps du premier chapitre, les principales démarches en la matière avant de faire état des actions évaluées.