



Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail

Recommandations de bonnes pratiques

Septembre 2008

Direction générale Humanisation du travail

Cette brochure a été rédigée par le Prof. Ph. Mairiaux et Mr. D. Mazina du service de Santé au Travail et Education à la Santé de l'Université de Liège, d'après une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE): Lombalgie chronique, KCE reports 48-B, Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, Camberlin C, Bartholomeeusen S, De Gauquier K, Paulus D and Ramaekers.

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui ont rendu possible l'élaboration de cette brochure.

Merci particulièrement aux membres du groupe de travail : Dr Fiorella Brusco (ATTENTIA), Dr Philippe Farr (CBMT), Dr Godwina Mylle (IDEWE), Dr Micheline Bekaert (MEDIWET), Dr Olivier Berny (SECUREX), Dr Florence Laigle (SPMT), Dr Jean Michel Huberlant (ARCELOR STEEL BELGIUM), Dr Claude Mahau (DELHAIZE le Lion SA), Dr Eric Deru (PRAYON SA) et Dr Eric Wilmet (U.N.M.S.).

Merci également aux membres du groupe des experts : Pr. A.M. De Poortere (V.U.B), Pr. P. Donceel (K.U. Leuven), Pr. L. Braeckman (U.G - Univ. Ghent), Pr. M. van Sprundel (U.A - Univ. Antwerpen), Pr. D. Lison (U.C.L) et Pr. G. Moens (IDEWE).

Cette publication peut également être consultée sur le site web: www.emploi.belgique.be

H/F

Les termes « médecin du travail », « employeur » et « travailleur » utilisés dans cette publication renvoient aux personnes des deux sexes.

Deze publicatie is ook verkrijgbaar in het Nederlands.

© SPF Emploi, Travail et Concertation sociale

Tous droits réservés pour tous pays. Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de la Direction de la communication du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale, de reproduire totalement ou partiellement la présente publication, de la stocker dans une banque de données ou de la communiquer au public, sous quelque forme que ce soit. Toutefois, si la reproduction de textes de cette brochure se fait à des fins informatives ou pédagogiques et strictement non commerciales, elle est autorisée moyennant la citation de la source et, s'il échet, des auteurs de la brochure.

La rédaction de cette publication a été achevée le 1er juin 2008

Coordination: Direction de la communication

Mise en page: Rilana Picard

Impression: Imprimerie Bietlot

Diffusion: Cellule Publications

Editeur responsable: Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

Dépôt légal: D/2008/1205/58

Cette publication peut être obtenue gratuitement

- ✓ Par téléphone au 02 233 42 14
- ✓ Par commande directe sur le site du SPF: <http://www.emploi.belgique.be>
- ✓ Par écrit à la Cellule Publications du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale
rue Ernest Blerot I - 1070 Bruxelles
Fax: 02 233 42 36
E-mail: publications@emploi.belgique.be



AVANT-PROPOS

Dans la littérature scientifique, seules deux recommandations de bonnes pratiques, une Hollandaise (11) et une Britannique (12) ont été spécialement consacrées à la promotion d'une bonne prise en charge de la lombalgie en milieu de travail. Cependant, ces recommandations ne peuvent pas nécessairement être appliquées telles quelles en Belgique, à cause des différences de réglementation et de pratiques médicales au sein des systèmes respectifs de soins de santé.

Aux Pays-Bas, les médecins du travail ont accès à la raison médicale de l'absence maladie d'un travailleur et sont appelés par la loi à jouer un rôle actif dans la promotion du retour au travail. Ceci signifie aussi que le contenu des recommandations Hollandaises concerne en Belgique plutôt les médecins conseil des mutuelles. En Angleterre, la santé au travail est principalement sous la responsabilité d'infirmières de santé au travail, tandis que les rares médecins du travail sont employés par de grandes entreprises. Les deux situations (Hollandaise et Britannique) diffèrent par conséquent de celle qui existe en Belgique.

L'objectif du présent document est donc de fournir des recommandations de bonnes pratiques spécifiques pour le médecin du travail belge tout en prenant en compte également les rôles respectifs des autres médecins: médecin généraliste et médecin conseil de la mutuelle. Ces recommandations, si elles sont correctement appliquées à une large échelle, pourraient apporter une diminution de l'incidence de la lombalgie au travail, diminuer le risque de voir un épisode de lombalgie aiguë ou subaiguë devenir chronique, réduire les conséquences sociales de la lombalgie et promouvoir une bonne prise en charge des travailleurs lombalgiques dans l'entreprise.

(11) Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB). Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines. Approved guidelines. Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB); 1999 Apr.

(12) Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.	3
1. Introduction	7
1.1 Définitions et champ d'application	7
1.2 Quelques données épidémiologiques sur la lombalgie au travail	8
1.3 Processus de développement des recommandations	9
1.4 Les principaux éléments des recommandations	10
1.5 Défis dans l'application des recommandations	11
2. Recommandations de bonnes pratiques	12
2.1 Le médecin du travail en tant que conseiller de l'entreprise pour la prévention et le suivi de la santé	12
2.1.1 Les informations de base à donner au niveau individuel	13
2.1.2 Les informations de base à diffuser au niveau collectif	13
2.2 Promotion de stratégies et de politiques de prévention en milieu de travail	14
2.3 Surveillance de la santé par le médecin du travail	16
2.3.1 Examen d'un travailleur souffrant du dos mais toujours au travail	16
2.3.2 Examen d'un travailleur souffrant du dos et en arrêt de travail	17
2.3.3 Prise en charge de travailleurs souffrant régulièrement de lombalgie	17
3. Résumé.	25
4. Annexes	26
4.1 Méthodologie de revue de l'évidence scientifique	26
4.1.1 Définition du PICO et des critères de sélection de la littérature	26
4.1.2 Méthodologie de recherche	27
4.2 Synthèse des preuves	32
4.2.1 Résumé des preuves et niveau de qualité de preuve	32
4.2.2 Les médecins du travail (MT) en tant que conseillers de l'entreprise pour la prévention et le suivi de la santé	34
4.2.3 La mission du MT en ce qui concerne la promotion de politiques et de stratégies de prévention sur le lieu de travail	35
4.2.4 Surveillance de la santé par les MT	37
4.3 Éléments clés de l'évaluation AGREE	44



I. INTRODUCTION

I.1 Définitions et champ d'application

La lombalgie est définie comme une douleur apparaissant dans le bas du dos au niveau de la région s'étendant de la charnière dorso-lombaire (D12-L1) à la charnière lombo-sacrée (L5-S1). Elle peut être due à une cause médicale spécifique comme une tumeur cancéreuse, une fracture vertébrale, une infection, une affection rhumatismale inflammatoire (spondylarthrite ankylosante), une affection métabolique, etc; dans ce cas elle est qualifiée de lombalgie spécifique. Parmi les adultes en âge de travailler cependant, la plupart des cas sont liés à des changements dégénératifs au niveau de la colonne lombaire et sont alors qualifiés de lombalgie commune ou non spécifique. Parfois, le terme de lombalgie mécanique est aussi utilisé car généralement dans ces cas, la douleur est exacerbée par les efforts ou le mouvement et apaisée par le repos.

La lombalgie commune peut parfois être accompagnée d'une douleur s'irradiant au niveau des fesses, de la face postérieure de la cuisse, de la jambe ou même parfois jusqu'au pied. Ces symptômes résultent souvent d'une irritation ou compression passagère du nerf sciatique et sont appelés sciatalgie.

Dans ce document, les recommandations font référence à la lombalgie commune ou non spécifique, avec ou sans sciatalgie.

Si l'on se réfère à l'évolution de la douleur au cours du temps, la lombalgie peut-être qualifiée d'aiguë, subaiguë, chronique et/ou récidivante. La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'un épisode aigu de lombalgie est celui où la douleur disparaît dans les six semaines suivant son apparition. Quand l'épisode dure entre six semaines et trois mois, la plupart des auteurs le définissent comme une lombalgie subaiguë. La définition d'une lombalgie chronique varie selon les auteurs; quand l'épisode dure plus de trois mois (douze semaines), il est généralement appelé chronique. Après la disparition d'un épisode aigu de lombalgie, de nouveaux épisodes peuvent apparaître à des intervalles plus ou moins réguliers provoquant une situation qui est définie comme une lombalgie récurrente ou récidivante (1-3).

Dans ce document, les recommandations sont focalisées sur la lombalgie subaiguë ou chronique, étant donné que le médecin de travail n'est pas impliqué dans la prise en charge d'un épisode de lombalgie aiguë. Dans notre système de santé, cette mission appartient au médecin traitant, soit le médecin de famille soit un spécialiste choisi par le travailleur.

Par contre, le médecin du travail peut, dans plusieurs circonstances, rencontrer un travailleur qui souffre d'une lombalgie à un stade subaigu ou chronique.

Lombalgie professionnelle (occupational low back pain) est une terminologie fréquemment utilisée dans la littérature anglo-saxonne, mais sa signification peut être multiple. « Professionnelle » (occupational), est souvent compris comme « causée par le travail » et beaucoup de données épidémiologiques montrent en effet que les activités qui exigent un effort physique important peuvent influencer la prévalence des symptômes rapportés par le patient (3).

Il y a cependant encore quelques controverses concernant l'importance de cet effet, la nature des facteurs de risque qui sous tendent cette relation et les stratégies efficaces pour prévenir ou prendre en charge un tel problème (4;5).

Dans le présent document, l'utilisation du terme "professionnelle ou au travail" signifie simplement que la lombalgie est un problème de santé très fréquent parmi les adultes en âge de travailler (15-65 ans), qui affecte fréquemment leur capacité de travail, cause une perte de temps de travail, met parfois en péril l'emploi du travailleur et nécessite de la part des services de médecine du travail et des professionnels une détection précoce, et des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées. L'impact de la lombalgie en milieu de travail, et plus particulièrement de la lombalgie chronique, sera envisagé aussi bien pour les problèmes de dos habituellement attribuables aux conditions de travail (blessures du dos indemnisables) que pour ceux dont l'origine n'est pas connue, ou qui trouvent leur origine dans un événement de nature

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (4) Derriennic F, Leclerc A, Mairiaux P, Meyer JP, Ozguler A. Les lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM); 2000.
- (5) Van Nieuwenhuyse A, Somville PR, Crombez G, Burdorf A, Verbeke G, Johannik K et al. The role of physical workload and pain related fear in the development of low back pain in young workers: evidence from the BelCo-Back Study; results after one year of follow up. Occup Environ Med 2006;63(1):45-52.



extra-professionnelle. En pratique, il est souvent impossible de distinguer une lombalgie « causée » par le travail de celles d'origine inconnue qui empêchent le patient de travailler.

La notion de prise en charge est utilisée dans ce document dans le sens le plus large, incluant toutes les interventions ayant comme objectif la prévention des lombalgies chez des travailleurs en bonne santé (prévention primaire), ou les soins pour les travailleurs avec une lombalgie subaiguë et visant à prévenir la chronicisation de celle-ci (prévention secondaire); les interventions de réhabilitation rendant possible le retour au travail après une longue période (supérieur à six mois) d'absence pour maladie (prévention tertiaire) sont cependant en dehors du champ d'application de ce document car elles sont plus spécialisées et plus coûteuses.

La surveillance de la santé au travail est organisée dans le but d'optimiser les interactions homme-système, pour améliorer la capacité de travail de chaque travailleur quelles que soient ses compétences et ses limitations et pour détecter le plus tôt possible toute maladie ou problème de santé lié à son travail. Dans le système belge de santé, différents examens médicaux à assurer par les médecins du travail sont prévus pour tout travailleur exposé à un risque de maladie professionnelle, ou pour ceux qui par leur fonction peuvent mettre en danger leurs collègues travailleurs. Ces travailleurs sont convoqués pour un examen périodique, le plus souvent annuel. Quand ils sont en arrêt de travail pendant 28 jours au moins à cause d'un problème de santé, d'un accident de travail ou d'une grossesse, ils peuvent bénéficier d'une visite de pré-reprise. Une récente adaptation de la loi autorise en effet le travailleur à demander d'être examiné par le médecin du travail pendant la période d'arrêt de travail, il s'agit de la visite de pré-reprise du travail. Par ailleurs, le médecin du travail a comme rôle d'évaluer l'aptitude du travailleur à accomplir son travail spécifique quand il se présente pour reprendre son travail après un arrêt de 28 jours ou plus; dans ce cas, la procédure est appelée examen de reprise du travail. Le travailleur peut se présenter à son travail sur une base volontaire ou suite à une décision médicale (du médecin traitant ou du médecin-conseil de la mutuelle).

Enfin tout travailleur sous contrat peut, à tout moment, demander à être examiné par le médecin du travail s'il est convaincu que son travail met sa santé en danger. Un tel examen est appelé consultation spontanée.

1.2 Quelques données épidémiologiques sur la lombalgie au travail

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (2) Op De Beeck, L. R., Hermans, V., and European Agency for Safety and Health at Work. Research on work-related low back disorders. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain. A population-based study in Belgium adults. Spine 1995;19(2):129-37.
- (4) Derriennic F, Leclerc A, Mairiaux P, Meyer JP, Ozguler A. Les lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM); 2000.
- (5) Skovron ML, Szpalski M, Nordin M, Melot C, Cukier D. Sociocultural factors and back pain. A population-based study in Belgian adults. Spine 1995;19(2):129-37.
- (6) Goubert L. Distraction and exposure in patients with chronic back pain - Proefschrift ingediend tot het behalen van de academische graad van Doctor in de Psychologische Wetenschappen. Gent: Universiteit Gent - Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen; 2004.
- (7) Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. Br Med J 2003;327(7410):323.

La revue de littérature effectuée (1;2;4) montre qu'entre 51 % et 84 % des personnes souffriront d'un problème de dos à un moment donné de leur vie et que l'incidence annuelle dans la population générale est estimée à 5 % (1;2). Environ 15 à 45 % des sujets déclarent avoir eu un problème de dos durant les douze derniers mois (selon la population étudiée et la définition qu'ils donnent à la lombalgie) (1). Dans la population belge, une prévalence (vie entière) de 59 % (6) et une prévalence annuelle de 42 % ont été observées (7). Les données provenant de l'enquête Européenne sur les conditions de travail ont révélé que 60 % des travailleurs européens estiment que leur travail a un impact sur leur état de santé: ayant été citée par 33 % de l'échantillon, la lombalgie occupe la tête de liste des troubles liés au travail rapportées par les travailleurs (2).

Bien que dans la plupart des cas les patients se rétablissent complètement d'un épisode de lombalgie (50 à 90 % récupèrent dans les 6 semaines selon qu'il y a présence ou non d'une sciatalgie), 2 à 7 % peuvent développer une lombalgie chronique et présenter une longue période d'absence pour maladie (1;3;8); ceci vient s'ajouter à d'importantes pertes de temps de travail. En outre, le taux de récurrence des problèmes de dos est très élevé et il est reconnu que la lombalgie récurrente ou chronique contribue de façon considérable à l'absentéisme au travail. Des données scientifiques récentes montrent que la lombalgie se manifeste selon un tableau désordonné composé de périodes symptomatiques entrecoupées de périodes moins perturbées, bien que chez certains les symptômes (et l'invalidité associée) puissent persister (1). En une année, le taux de récurrence pour les symptômes peut affecter entre 66 % et 84 % des personnes, tandis que la récurrence en matière d'absence pour maladie peut varier entre 20 % et 44 % des personnes selon les études (8).



La lombalgie est fréquente dans toutes les catégories d'industries. Certaines études ont démontré que sa prévalence est particulièrement élevée au sein de professions ou types d'entreprises particuliers. Une haute prévalence a ainsi été observée par exemple parmi les travailleurs agricoles, les travailleurs de la construction, les charpentiers, les conducteurs d'engin (camions et tracteurs inclus), les infirmiers (ères) et les aide-infirmiers, les agents de nettoyage, les aides-soignants, les aides familiales etc. En l'absence de chiffres précis, l'estimation des coûts économiques des problèmes de santé liés au travail varie de 2,6 % à 3,8 % du Produit National Brut dans les Etats membres. Une étude réalisée en Hollande a estimé le coût total des lombalgies pour la société à 1,7 % du PNB du pays en 1991 (9).

En Belgique, le rapport du Centre Belge d'Expertise en soins de Santé (KCE) (10) estime qu'au cours des dix dernières années, un quart des patients âgés de 18 à 75 ans ont consulté leur médecin généraliste pour un problème de lombalgie. Le coût global de la lombalgie est compris entre 270 et 1,6 milliards d'Euros par an. Selon ce rapport, 6,6 % des accidents du travail entraînent une lésion du dos; 72 % de ces lésions entraînent un arrêt de travail et 9,5 % entraînent une incapacité partielle permanente.

Les données de surveillance de santé des travailleurs (Base de données de l'Intermédicale) montrent qu'à peu près 12 % des absence pour maladies de longue durée (> 28 jours) recensées parmi les travailleurs sont causées par un problème de dos. Dans ces cas, l'examen médical de reprise du travail réalisé par le médecin du travail a abouti à une décision d'incapacité permanente pour la tâche spécifique dans 5,4 % des cas, une proportion qui est significativement plus élevée que pour d'autres problèmes de santé.

1.3 Processus de développement des recommandations

Le développement a commencé en 2006 dans le contexte d'un projet du KCE (10); une partie de ce projet impliquait une revue systématique des données probantes (Evidence-Based literature) sur les conséquences sociales de la lombalgie chronique, confiée aux chercheurs du service de Santé au travail et Education à la Santé de l'Université de Liège.

Les tâches suivantes ont été successivement réalisées:

- Une revue de littérature a été menée afin d'identifier les recommandations internationales et les revues systématiques les plus pertinentes concernant la prise en charge de la lombalgie en milieu de travail (voir détails en annexe 1);
- L'information ainsi collectée a constitué la source principale pour formuler une proposition de recommandations de bonne pratique adaptées à la situation belge;
- L'avant-projet a été discuté dans deux réunions avec des experts en médecine du travail issus des institutions universitaires et d'organisations privées; un expert en médecine d'assurance a également fait partie du groupe (liste en page 2). Le projet a été revu selon les remarques des experts et la version finale a été publiée en janvier 2007 en tant que partie intégrante du rapport du KCE sur la lombalgie chronique (10);
- Dans une seconde phase, la partie du rapport qui concernait la santé au travail a été retravaillée par l'équipe de Liège afin de produire une version plus synthétique et plus lisible du document;
- Pendant le 1er semestre 2007, un groupe de travail impliquant des médecins du travail issus de six services externes et de trois services internes de prévention et de protection au travail et un médecin d'assurance (liste en page 2) s'est réuni à trois reprises pour adapter les recommandations proposées aux besoins des praticiens du terrain. A l'issue de ces travaux, une version finale des recommandations a été adoptée; elle fait l'objet du présent document;
- Suite aux suggestions émises par le groupe de travail, il a été convenu que le document final comporterait également un guide pratique pour les employeurs et les partenaires sociaux suggérant des stratégies pour prévenir et mieux prendre en charge la lombalgie en milieu de travail. (Lombalgie au travail. Un guide pour l'employeur et les partenaires sociaux, édité par le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale)

(9) van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995;62(2):233-40.

(10) Nielen H., Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, Camberlin C, Bartholomeeusen S, De Gauquier K, Paulus D, Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.



I.4 Les principaux éléments des recommandations

Des interventions basées sur l'évidence scientifique ne pourront être développées par les professionnels de santé dans les entreprises qui si elles sont jugées pertinentes par ceux-ci pour les différentes tâches qu'ils doivent assumer quotidiennement.

C'est pourquoi les recommandations tirées de la revue de la littérature ont été formulées de façon à être en rapport direct avec ces différentes missions. Dans certains domaines cependant, l'évidence disponible était faible voire absente ; dans de tels cas les recommandations sont imprimées en italique afin d'éviter toute ambiguïté vis-à-vis du lecteur.

Le schéma adopté pour présenter les recommandations est le suivant:

- ❖ Le médecin du travail en tant que conseiller de l'entreprise en matière de prévention et de promotion de la santé:
 - Quelles informations de base diffuser au niveau individuel ?
 - Quelles informations de base diffuser au niveau collectif ?
- ❖ Les missions du médecin du travail pour promouvoir une politique et des stratégies de prévention dans le milieu du travail:
 - Interventions d'ergonomie physique;
 - Interventions visant le travailleur:
 - La formation du travailleur (programmes d'école du dos);
 - Le port d'une ceinture lombaire;
 - L'utilisation de semelles orthopédiques ou correctives;
 - L'utilisation de tapis anti-fatigue ou de revêtements de sol souples;
 - Les interventions à caractère multidimensionnel.
- ❖ La surveillance par le médecin du travail de la santé des travailleurs souffrant de lombalgies récidivantes
 - Bilan de la situation:
 - Tri diagnostique: anamnèse des antécédents de lombalgie, évaluation médicale des Drapeaux rouges, imagerie médicale de type diagnostic
 - Evaluation du pronostic: analyse des Drapeaux jaunes et de facteurs pronostiques à caractère professionnel, et évaluation fonctionnelle.
 - Evaluation complémentaire si le travailleur est en arrêt de travail:
 - Anamnèse;
 - Discussion avec le travailleur de ses attentes concernant son retour au travail.
 - Interventions possibles lorsque le travailleur est encore au travail;
 - Augmentation du niveau d'activité physique;
 - Recherche d'un travail adapté temporaire;
 - Adaptation permanente du poste de travail;
 - Mutation définitive à un autre poste;
 - Programme de traitement de nature multidisciplinaire.
 - Interventions recommandées lorsque le travailleur est en arrêt de travail:
 - Sur le lieu du travail:
 - Travail adapté temporaire;
 - Amélioration ergonomique;
 - Prise de contact avec le médecin conseil de la mutuelle (reprise à temps partiel).
 - Au niveau du travailleur:
 - Rester actif;
 - Pratique d'exercices physiques;
 - Programme de traitement de nature multidisciplinaire.
 - Promotion de programmes de retour au travail.



Une révision et une mise à jour des recommandations du présent document doivent être envisagées dans un délai de cinq ans pour prendre en considération les nouvelles informations rassemblées durant cette période ainsi que les difficultés potentielles à appliquer à ces recommandations.

1.5 Défis dans l'application des recommandations

Plusieurs défis se posent pour l'application du présent document: la définition des rôles respectifs du médecin du travail et du médecin conseil dans la prévention et la prise en charge de l'absentéisme au travail dû à la lombalgie. Comment encourager les médecins du travail, les médecins conseil et les médecins généralistes à appliquer ces recommandations ? Comment promouvoir une collaboration meilleure et plus efficace entre médecin du travail, médecin conseil et médecins généralistes dans la prise en charge de la lombalgie en milieu du travail ?



2. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Afin de réellement aider le médecin du travail (et aussi le médecin conseil) à prévenir le passage de la lombalgie à la chronicité et à prendre en charge les travailleurs souffrant du dos, ce document propose des recommandations spécifiques pour chacune des missions qui leur sont attribuées par la loi belge.

Les revues systématiques de la littérature et les recommandations internationales à partir desquelles le niveau d'évidence scientifique a été établi pour chacune des recommandations sont décrites en détail dans les annexes (voir point 4.2).

L'évaluation du niveau d'évidence a été réalisée en suivant les recommandations de l'« American College of chest physicians Task force » (13). Cette méthode comporte une classification à quatre niveaux :

- ❖ Evidence de haute qualité: toute recherche ultérieure est très peu susceptible de modifier le niveau de confiance dans l'effet estimé de l'intervention;
- ❖ Evidence de qualité modérée: les recherches ultérieures sont susceptibles d'avoir un impact important sur le niveau de confiance dans l'estimation de l'effet attendu et peuvent changer cette estimation;
- ❖ Evidence de faible qualité: Les recherches ultérieures vont très probablement avoir un impact important sur le niveau de confiance dans l'effet estimé et vont probablement changer l'estimation;
- ❖ Evidence de très faible qualité: toute estimation de l'effet est très incertaine.

2.1 Le médecin du travail en tant que conseiller de l'entreprise pour la prévention et le suivi de la santé

La mission de base du médecin du travail est d'être un conseiller tant pour l'employeur que pour les travailleurs. En pratique, cela signifie que le médecin du travail peut devoir répondre à des questions à propos de la lombalgie dans plusieurs circonstances:

- ❖ au niveau individuel durant un examen de surveillance de santé périodique, ou durant une consultation spontanée à l'initiative du travailleur lui-même;
- ❖ dans un contexte collectif et particulièrement lorsque le médecin du travail est amené à donner son avis devant le Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT) dans les entreprises de plus de 50 travailleurs.

Dans de telles circonstances, il est important de diffuser des informations fondées scientifiquement et cela d'autant plus que les fausses croyances concernant la lombalgie restent très répandues dans la population. Le premier point de ce document de recommandations décrit donc une série d'informations de base qui pourront être utilisées par le médecin du travail dans ces circonstances.

Existe-t-il des preuves de l'efficacité de la diffusion de telles informations ou de tels conseils ? Il n'y a pas en fait de réponse claire à cette question car dans la littérature scientifique, il persiste un recouvrement considérable et aussi malheureusement certaines confusions entre d'une part des stratégies d'information et de formation et d'autre part la notion de programme d'école du dos. Une école du dos inclut par définition une composante éducative importante mais également d'autres modalités telles que des exercices physiques.

Jusqu'à tout récemment, il n'y avait pas d'évidence scientifique claire concernant l'utilité de stratégies purement informatives telles que la distribution d'une brochure à l'ensemble des salariés d'une entreprise ou à des populations de patients souffrant du dos. Bien que l'évidence reste encore limitée à ce sujet (39), le médecin du travail doit savoir que l'inclusion des principaux messages issus des recommandations cliniques actuelles (conçues pour la population générale) dans les informations données en milieu du travail est encouragée.

(13) Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Ad-drizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an american college of chest physicians task force. *Chest* 2006;129(1):174-81.

(39) Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, Bazin T, Duquesnoy B. Information and low back pain management: A systematic review. *Spine* 2006;31(11):E326-E334.



Il est également suggéré qu'une information orientée vers la promotion de l'activité physique et une meilleure façon de faire face au problème peut favoriser une évolution positive des croyances (évidence de qualité modérée); la diffusion sur le lieu du travail d'informations s'appuyant sur le modèle biopsychosocial peut être utile également (évidence de très faible qualité).

2.1.1 Les informations de base à donner au niveau individuel

Recommandations essentielles

En examinant le travailleur lombalgique lors de l'examen périodique ou lors d'une consultation spontanée, le médecin du travail devrait lui donner les informations suivantes relatives à la lombalgie:

- ❖ Dans la population générale et pour les personnes âgées de 18 à 65 ans, la lombalgie est un problème courant (Evidence de haute qualité):
 - La prévalence vie entière est d'environ 70 % (59 % dans une étude en Belgique);
 - La prévalence des 12 derniers mois varie entre 15 et 45 % (42 % dans une autre étude belge);
 - Chaque année, 5 % des gens souffrent pour la première fois d'un épisode de lombalgie.
- ❖ A cause de sa prévalence élevée dans la population générale, la lombalgie est courante dans toutes les professions. Les contraintes physiques de travail sont l'un des facteurs qui influencent l'incidence de la lombalgie, mais ce n'est souvent pas le plus important (Evidence de qualité modérée);
- ❖ Quand on souffre d'un épisode de lombalgie, il est important de rester actif et de poursuivre ses activités habituelles; « Plus longtemps on reste en arrêt de travail, moins on a de chance de reprendre un jour le travail » (Evidence de haute qualité);
- ❖ Les épisodes de lombalgie aiguë sont de courte durée et se résolvent spontanément au bout de six semaines chez 90 % de ceux qui en souffrent, mais 2 à 7 % des gens développent une lombalgie chronique (Evidence de qualité modérée).

2.1.2 Les informations de base à diffuser au niveau collectif

Recommandations essentielles

En plus des informations jugées utiles au niveau individuel (voir point 2.1.1), le médecin du travail joue un rôle important en rendant les travailleurs et les employeurs conscients que:

- ❖ La haute prévalence de la lombalgie dans la population signifie que dans n'importe quelle entreprise, peu importe son type d'activités et les risques associés pour le dos, certains épisodes de lombalgie sont inévitables;
- ❖ Une prévalence plus élevée (c'est-à-dire > à 45 %) a été systématiquement rapportée pour les fonctions qui exposent à la manutention manuelle, à des postures contraignantes ou à des vibrations du corps entier (Evidence de haute qualité);
Des exemples typiques sont ceux des aides soignantes (prévalence annuelle de 45-76 %) (14) et de différents métiers de la construction (pour toutes les catégories: 54 % (15); les peintres 57% (16); les monteurs d'échafaudage 60% (17);
- ❖ Des antécédents de lombalgie constituent le facteur de risque le mieux établi d'une récurrence de lombalgie (Evidence de haute qualité); les exigences physiques du travail jouent également un rôle (Evidence de faible qualité);
- ❖ Les conséquences de la lombalgie, particulièrement en matière de recours aux soins et d'invalidité dépendent plus souvent de facteurs psychosociaux complexes de nature individuelle ou en relation avec le travail que des données cliniques ou des exigences physiques du travail (Evidence de haute qualité).

- (14) Videman T, Ojarvi A, Riihimaki H, Troup JD. Low back pain among nurses: a follow-up beginning at entry to the nursing school. *Spine* 2005 October 15;30(20):2334-41.
- (15) Holmström EB, Lindell J, Moritz U. Low back and neck/shoulder pain in construction workers: occupational workload and psychosocial risk factors - Part I: Relationship to low back pain. *Spine* 1992;17(6):663-71.
- (16) Stürmer T, Luessenhoop S, Neth A, Soyka M, Karmaus W, Toussaint R et al. Construction work and low back disorder: Preliminary findings of the Hamburg Construction Worker Study. *Spine* 1997;22(21):2558-63.
- (17) Elders LAM, Burdorf A. Prevalence, incidence, and recurrence of low back pain in scaffolders during a 3-year follow-up study. *Spine* 2004;29(6):101-6.



2.2 Promotion de stratégies et de politiques de prévention en milieu de travail

Une autre mission importante du médecin du travail est de promouvoir les politiques de prévention, c'est à dire, d'aider l'entreprise dans l'évaluation des risques et dans la définition de stratégies de contrôle des risques.

La seconde partie de ces recommandations traite de la prévention primaire (un ensemble de stratégies pour prévenir l'apparition de lombalgie chez les travailleurs en bonne santé) et de la prévention secondaire (un ensemble de stratégies ciblant les facteurs pronostiques de la lombalgie et qui sont destinées à empêcher chez les travailleurs souffrant d'un épisode de lombalgie subaiguë d'entrer dans une phase chronique).

Pour la prévention, une distinction doit être faite entre les facteurs étiologiques et les facteurs pronostiques. Les facteurs étiologiques sont ceux qui influencent la survenue d'un épisode de lombalgie, tandis que les facteurs pronostiques sont ceux qui influencent les conséquences liées à cette lombalgie (par exemple la durée d'absence).

Puisque le mécanisme causal primaire de la lombalgie reste largement indéterminé, la réduction des facteurs de risque (prévention primaire) ne sera pas nécessairement efficace pour réduire l'incidence des épisodes de lombalgie (Evidence de faible qualité).

Les conséquences de la lombalgie, particulièrement la demande de soins et l'invalidité, dépendent plus d'un ensemble complexe de facteurs psychosociaux que de la situation clinique ou des contraintes physiques au travail (Evidence de haute qualité). La prévention de la transition de la lombalgie vers la chronicité devrait se focaliser de préférence sur les facteurs psychosociaux à caractère professionnel (10).

Recommandations essentielles

Le médecin du travail doit promouvoir les stratégies de prévention suivantes:

- ❖ Des interventions d'ergonomie physique afin d'améliorer l'environnement de travail:
 - Une analyse du travail est recommandée pour identifier au préalable les principaux facteurs de risque (Pas d'évidence);
 - Les interventions d'ergonomie physique seules ne sont pas recommandées pour prévenir l'apparition de la lombalgie (Evidence de faible qualité);
 - Pour être efficace, des interventions ergonomiques de nature physique nécessitent une dimension organisationnelle et une implication des travailleurs concernés (Evidence de faible qualité).
- ❖ Des interventions ciblant le travailleur:
 - L'éducation et la formation des travailleurs à travers une école du dos (voir définition ci-après)
 - Les écoles du dos comprenant une composante d'exercices et organisées en milieu de travail et en relation avec celui-ci peuvent réduire la douleur, améliorer le retour au travail à court et moyen terme, comparativement à d'autres moyens de traitement (Evidence de qualité modérée) ;
 - Les écoles du dos qui comportent uniquement une information traditionnelle de type biomédical/biomécanique, des conseils et des instructions ne sont pas recommandées dans la prévention de la lombalgie (Evidence de qualité modérée); il n'est pas démontré cependant que ce genre d'écoles du dos a des effets négatifs ;
 - Le port d'un corset ou d'une ceinture lombaire:
 - Le corset ou la ceinture lombaire n'a pas d'impact sur la prévention de la lombalgie ou d'une rechute de lombalgie et n'est donc pas recommandé (Evidence de faible qualité).
 - L'utilisation de chaussures orthopédiques ou orthoses n'a pas d'effet sur la prévention de la survenue de la lombalgie (Evidence de très faible qualité) ;
 - L'utilisation des tapis amortisseurs ou antifatigue n'est pas recommandée pour la prévention de la lombalgie (Evidence de très faible qualité).

(10) Nielens H., Van Zundert J., Mairiaux P., Gailly J., Van Den Hecke N., Mazina D., Camberlin C., Bartholomeeussen S., De Gauquier K., Paulus D., Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.



- Des interventions multidimensionnelles en milieu de travail:
 - Les interventions multidimensionnelles combinant une composante éducative, une intervention ergonomique ou une modification des tâches, et/ou un entraînement physique, sont recommandées pour la prévention de la lombalgie (Evidence de qualité modérée).

Commentaires

Analyse du travail

Des adaptations ergonomiques appropriées ne peuvent être proposées sans une analyse préalable de la situation de travail. Une telle analyse implique l'observation de plusieurs cycles de l'activité du travail, l'identification des principales ou des plus fréquentes postures de travail, la mesure ou l'estimation des charges manipulées et de leur fréquence de manutention, et enfin l'estimation de l'exposition éventuelle aux vibrations corps entier (niveaux d'accélération et durée). Pour réaliser une telle analyse, différentes méthodes s'offrent au médecin du travail. Sur base de la littérature scientifique et de l'expérience acquise dans le contexte belge, nous pouvons recommander les méthodes suivantes (18):

- Pour le dépistage de situations à risque:
 - Le guide DEPARIS et le guide d'observation spécifiques aux troubles musculo-squelettiques (www.sobane.be)
 - La check-list de la FIFARIM (www.emploi.belgique.be, module « Publications »)
 - La check-list de la BES (<http://besweb.be/fr/>)

Ces trois méthodes requièrent dans une mesure variable une observation des activités du travail.

- Pour l'évaluation du risque:
 - Pour l'évaluation des contraintes posturales, la méthode OWAS (<http://turval.me.tut.fi/owas/>);
 - Pour les levers de charges, la méthode du NIOSH (<http://www.cdc.gov/niosh>)

Ces deux méthodes doivent être considérées comme étant des outils du niveau d'analyse dans la stratégie Sobane; elles ne peuvent donc être utilisées que par des conseillers en prévention expérimentés.

Ergonomie physique

Ce terme générique peut désigner différents types d'améliorations ergonomiques visant à réduire les niveaux de contraintes biomécaniques pour la colonne, tels que :

- Ajuster les hauteurs de travail afin d'améliorer la posture ;
- Installer des aides mécaniques pour déplacer les charges ;
- Mécaniser certaines opérations antérieurement confiées à la force humaine ;
- Réduire le poids et/ou la taille du contenant ;
- Améliorer les surfaces de circulation afin de diminuer chocs et vibrations ;
- Remplacer le siège des engins de chantier.

Ecole du dos

Les écoles du dos, créées en Suède au début des années 1970, consistaient au départ en des sessions de formation en groupe organisées à l'hôpital pour des patients souffrant de lombalgie chronique ou récidivante. Comme le rapport du COST B13 (1) et Heymans et al. (19) le rappellent; « l'école du dos suédoise consistait à l'origine en quatre séances de 45 minutes (information sur l'anatomie et le fonctionnement de la colonne, discussion des contraintes mécaniques supportées dans différentes positions et apprentissage de la position dite de semi-Fowler) mais dans certaines études, l'école du dos inclut également un programme d'exercices. Les leçons sont données à des groupes de patients et supervisées par un thérapeute paramédical ou un médecin spécialiste ». Comme le souligne le rapport COST B13 (1), les programmes d'école du dos diffèrent de façon considérable selon les études en terme de durée totale, de fréquence

(1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.

(18) Malchaire J. Evaluation et prévention des risques lombaires: Classification des méthodes. Medecine du travail & Ergonomie 2001;38(2):53-66.

(19) Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low-back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).



des séances et de contenu du programme (proportion d'éducation versus exercices). La plupart des programmes d'écoles du dos comportent actuellement de l'exercice dans des proportions variables. De telles variations dans le contenu des écoles du dos expliquent probablement quelques uns des résultats contradictoires des études qui se sont intéressées à l'efficacité des écoles du dos.

Les résultats positifs observés dans certains programmes d'écoles du dos peuvent fondamentalement être liés à leur composante d'exercices. Néanmoins, bien que l'exercice contribue probablement de façon importante à l'efficacité, l'impact de la composante éducative ne doit pas être négligé dans la mesure où des références de bonne qualité ont montré que des écoles du dos comportant à la fois de l'exercice et de l'éducation étaient supérieures à des modalités comportant uniquement de l'exercice.

Supports et ceintures lombaires

Les supports ou ceintures lombaires sont des ceintures rigides (cuir renforcé, coque thermo-plastique, plâtre...) ou semi-rigides (cuir souple, matériau élastique...) qui doivent être portées en permanence ou durant certaines activités physiques spécifiques sur recommandation médicale. Les ceintures, les supports lombaires et les coques recouvrent une grande variété de dispositifs utilisés par les travailleurs. Ces dispositifs sont conseillés soit à des travailleurs en bonne santé pour prévenir la survenue d'une lombalgie, soit parfois à des patients lombalgiques afin de réduire la douleur.

La logique de ces dispositifs est qu'ils réduisent les contraintes mécaniques sur la colonne lombaire contribuant ainsi à réduire le risque dans une perspective de prévention primaire, ou à réduire la douleur et l'inflammation en prévention secondaire. Les ceintures lombaires sont souvent associées à d'autres modes d'intervention et il est difficile de déterminer si un bénéfice éventuel trouve son origine dans le support lombaire lui-même ou dans d'autres composantes de l'intervention (1). En outre, les études montrent que la compliance pour porter le support lombaire varie de façon importante et que les données relatives à cette compliance sont souvent négligées dans plusieurs études originales (20).

Interventions multidimensionnelles sur le lieu du travail

Les interventions à caractère multidimensionnel comportent la combinaison, en proportion variable, de différentes mesures de prévention telles que l'éducation du travailleur et sa formation, une analyse ergonomique du travail et des aménagements du poste du travail, ou un entraînement physique.

2.3 Surveillance de la santé par le médecin du travail

Dans le cadre des missions de surveillance de la santé, le médecin du travail doit réaliser quotidiennement différents types d'examen qui peuvent concerner des travailleurs qui souffrent du dos. Le plus souvent, le travailleur ainsi examiné n'est pas en arrêt de travail car le médecin du travail n'est pas autorisé à examiner les travailleurs durant une période d'absence pour maladie, à l'exception notable de la visite de pré-reprise (voir 2.3.2).

A l'opposé, le médecin conseil de la mutuelle a la responsabilité légale d'évaluer les travailleurs lorsque leur absence pour cause de maladie est prolongée.

Les objectifs d'une prise en charge optimale des travailleurs en arrêt maladie sont de prévenir ou de réduire les conséquences du mal de dos: le retour au travail retardé, le comportement de consommation de soins, l'adoption d'un rôle de malade, l'évolution vers l'isolement social. Un élément clé dans cette évaluation est la recherche de « drapeaux jaunes » (voir la définition ci-après).

2.3.1 Examen d'un travailleur souffrant du dos mais toujours au travail

Bien que la plupart des critères déterminant la soumission au système de surveillance de la santé ne sont pas liés à un risque de mal de dos, il n'est pas inhabituel pour le médecin du travail

(1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.

(20) Ammendolia C, Kerr MS, Bombardier C. Back belt use for prevention of occupational low back pain: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther 2005;28(2):128-34.



d'examiner en raison de l'exposition à un risque professionnel défini, un travailleur qui est connu pour souffrir régulièrement de lombalgie. Un tel examen peut avoir lieu durant la surveillance périodique de santé ou à la demande du travailleur lui-même (la consultation spontanée). Dans cette situation, le médecin du travail devra tenir compte du problème de dos du travailleur lorsqu'il évalue l'aptitude au travail et il pourra suggérer à celui-ci ou décider d'une adaptation du travail voire d'une mutation.

Les recommandations clés formulées pour un examen périodique ou spontané sont reprises sous le point 2.3.3.

2.3.2 Examen d'un travailleur souffrant du dos et en arrêt de travail

Durant la visite de pré-reprise du travail (voir la définition dans l'introduction, I.1), le médecin du travail discutera avec le travailleur d'un retour éventuel aux activités de travail habituelles, du temps jugé nécessaire pour atteindre cet objectif, et des mesures à prendre pour aider le travailleur à reprendre son activité.

Durant l'examen de reprise de travail, le médecin du travail discutera donc des mesures temporaires ou permanentes à prendre au poste de travail pour aider le travailleur à reprendre ses activités et à mieux prendre en charge son problème de dos.

Les recommandations clés pour ces examens de pré-reprise ou de reprise du travail sont développées ci-après au point 2.3.3.

2.3.3 Prise en charge de travailleurs souffrant régulièrement de lombalgie

Recommandations essentielles

- Bilan de la situation
 - Tri diagnostique :
 - Anamnèse dirigée pour évaluer le cours de la maladie (durée et fréquence des épisodes), la perception de la maladie par le travailleur, ses antécédents de lombalgie, le degré d'incapacité perçue par le travailleur, etc
 - Recherche de signes possibles d'atteinte spécifique (drapeaux rouges) sur base de l'anamnèse et des examens cliniques
 - L'utilisation de l'imagerie médicale (incluant le RX, le CT Scan ou l'IRM) n'est pas indiquée en cas de lombalgie non-spécifique*
 - Evaluation pronostique :
 - Pour rechercher les facteurs pronostiques de chronicité et d'invalidité et en particulier les Drapeaux jaunes afin d'identifier les travailleurs à risque de développer une lombalgie chronique et une invalidité (Evidence de haute qualité) ;
 - Pour rechercher d'autres facteurs pronostiques de chronicité et d'invalidité:
 - S'informer à propos des absences pour maladie antérieures (fréquence et durée) puisque la durée des arrêts en cas de lombalgie est augmentée chez les travailleurs qui effectuent des travaux lourds ou exercent des métiers lourds sans possibilité de recours à un travail adapté (Evidence de faible qualité);
 - La durée d'absence pour maladie est également influencée par une détresse psychologique, une tendance dépressive ou un isolement social du travailleur (Evidence de faible qualité) ;
 - L'évidence est de faible qualité en ce qui concerne une possible influence de la satisfaction au travail, du stress au travail, et des différentes composantes du modèle du « Job Strain » de Karasek (exigences, contrôle et soutien social) ;
 - Prise de contact avec le médecin de famille afin d'optimiser la prise en charge du problème de lombalgie du travailleur.
- Bilan complémentaire lorsque le travailleur est en arrêt de travail :
 - Anamnèse dirigée pour évaluer la durée et la sévérité de l'épisode actuel de lombalgie; mesure (par des outils et échelles standardisés) de certaines variables cliniques (douleur, incapacité fonctionnelle perçue) ;

* Même si l'évidence est solide, elle n'exclut pas nécessairement le recours à l'imagerie. Dans un contexte d'accident de travail et pour des raisons médico-légales, certains examens sont demandés particulièrement lorsque l'accident implique un trauma important (chute de hauteur par ex.). Une autre exception possible concerne le médecin conseil de la mutuelle quand une décision doit être prise sur la prolongation (ou non) de l'incapacité de travail d'un travailleur souffrant de lombalgie.



- Discussion des attentes du travailleur concernant son retour au travail; le médecin du travail ou le médecin conseil de la mutuelle doit demander au travailleur, quand il programme son retour au travail, quelles sont ses attentes ; une telle auto-évaluation est un excellent prédicteur de la décision que prendra le travailleur (Evidence de qualité modérée).
- ❖ Interventions possibles lorsque le travailleur est encore au travail :
 - Augmentation de l'activité physique du travailleur: dans le but de prévenir des épisodes futurs de lombalgie et/ou une future absence au travail, le médecin du travail devra encourager le travailleur à augmenter son niveau quotidien ou hebdomadaire d'activité et si possible, commencer un programme d'exercices physique ;
 - Adaptations temporaires du travail: si le travailleur se plaint d'une exacerbation actuelle de la douleur, le médecin du travail doit prendre en considération la possibilité d'adaptations (tâches allégées, travail adapté, réduction du nombre d'heures ou de jours à prester, adaptation ergonomique du lieu de travail) pour permettre au travailleur de rester à son travail (Evidence de qualité modérée) ;
 - Adaptations permanentes du travail: améliorer l'ergonomie du poste de travail peut être bénéfique pour le travailleur lombalgique en favorisant son maintien au travail et pour ses collègues qui font le même travail ;
 - Mutation définitive à un autre poste de travail: quand les adaptations ergonomiques suggérées ne sont pas possibles, le médecin du travail doit envisager la mutation du travailleur à un autre poste comportant moins de facteurs de risque pour le dos ;
 - Programmes de traitement multidisciplinaire:
 - Le médecin du travail doit encourager le travailleur à participer à un programme multidisciplinaire incluant un reconditionnement physique intensif pour prévenir de futurs épisodes de lombalgie et/ou de futures absences au travail;
 - En pratique, un tel programme est actuellement disponible en Belgique dans le cadre de la nomenclature des soins de santé (INAMI n° 558994); ce programme est dispensé par plus de 50 centres de réadaptation à travers le pays et le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) offre des incitants pour y participer (voir: www.fmp-fbz.fgov.be/prev/PREVENTIONDOS/index.html).
- ❖ Interventions recommandées lorsque le travailleur est en arrêt de travail:
 - Sur le lieu de travail:
 - Adaptations temporaires du travail: le médecin du travail doit envisager la possibilité d'un travail modifié (tâches allégées, travail adapté, réduction du nombre d'heures ou de jours à prester, adaptation ergonomique du poste de travail) pour faciliter un retour précoce au travail (Evidence de qualité modérée) ;
 - Mettre en oeuvre une amélioration ergonomique du lieu de travail peut aider le travailleur lombalgique à reprendre ses tâches habituelles ;
 - Prendre contact avec le médecin conseil de la mutuelle si le principe d'un retour au travail à temps partiel est choisi, et accepté par l'employeur.
 - Au niveau du travailleur:
 - Rester actif: le médecin du travail doit encourager le travailleur à rester actif et à continuer (ou reprendre) ses activités habituelles (Evidence de haute qualité) ;
 - Exercices physiques: le médecin du travail doit conseiller au travailleur d'augmenter progressivement son niveau d'activité et de s'inscrire dans un programme d'exercices sous supervision lorsqu'il a décelé une kinésiophobie chez le travailleur, c'est à dire une peur du mouvement ou des comportements d'évitement manifestes (Evidence de qualité modérée); aucun type particulier d'exercices ne peut cependant être recommandé (Evidence de faible qualité) ;
 - Programmes multidisciplinaires de traitement : le médecin du travail doit encourager le travailleur à participer à un programme multidisciplinaire incluant un reconditionnement physique intensif (Evidence de haute qualité); un tel programme ne doit être commencé ni trop tôt (pas avant 4 semaines d'absence, pour des raisons de coût-efficacité) ni trop tard (si possible avant la 12ème semaine), dans le but d'éviter l'inscription du travailleur dans un rôle de malade.



En pratique, un tel programme est actuellement disponible en Belgique dans la nomenclature INAMI (n° 558994) et le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) offre des incitants pour y participer (voir: www.fmp-fbz.fgov.be/prev/PREVENTIONDOS/index.html)

- Promouvoir un programme de retour au travail
 - Le médecin du travail est invité à promouvoir dans son entreprise, dans son service de prévention ou en collaboration avec les autres organisations de soins de santé la mise en place de programmes de retour au travail pour aider les travailleurs à reprendre leurs tâches habituelles;
 - La composante « milieu de travail » des programmes de retour au travail (aménagement des tâches, contact entre le soignant et l'entreprise, contact du superviseur avec le travailleur, analyse ergonomique du travail) a démontré de façon probante son efficacité en augmentant le taux de retour au travail à moyen terme (Evidence de haute qualité), et en réduisant le nombre de jours perdus à moyen et à long terme (Evidence de haute qualité);
 - Ces programmes peuvent cependant ne pas avoir d'impact sur la douleur et le statut fonctionnel (Evidence de faible qualité).

Commentaires

Anamnèse

Une anamnèse détaillée doit être réalisée chez tout patient souffrant du dos au stade aigu ou subaigu. Une telle anamnèse devrait également être répétée au stade chronique.

D'un point de vue pratique, il peut être utile pour suivre l'évolution au cours du temps d'une lombalgie chronique, d'évaluer à intervalle régulier (éventuellement annuellement lors de l'examen périodique) les variables suivantes :

- Douleur ressentie (« en ce moment », « la douleur la plus pénible durant les sept derniers jours ») en utilisant une échelle visuelle analogique : soit l'échelle numérique de douleur de Von Korff comprise entre 0 et 10, ou une ligne horizontale de 100 mm comportant à la gauche du trait « pas de douleur » et à la droite « la douleur la plus épouvantable que je puisse imaginer » ;
- L'handicap fonctionnel pour les activités quotidiennes telles que perçues par le patient sur la base soit du « Roland-Morris Disability Scale » (échelle Eifel en français) ou le « Oswestry Disability Index » (ces deux échelles d'évaluation peuvent être téléchargées à partir du site www.fmp-fbz.fgov.be , répertoire Prévention dos).

Tri diagnostique

Le tri diagnostique est fondamental pour la prise en charge ultérieure du patient souffrant du dos même si l'évidence scientifique à l'appui de cette démarche n'est pas très solide. Différents systèmes diagnostiques ont été proposés dans lesquels les patients lombalgiques sont catégorisés sur base de la topographie de la douleur, du comportement douloureux, de l'handicap fonctionnel perçu, de différents signes cliniques, etc. Aucun de ces systèmes de classification n'a été validé de façon adéquate.

Un système simple et pratique de classification qui est bien accepté sur le plan international consiste à catégoriser la lombalgie en trois catégories en procédant au tri diagnostique entre:

- pathologie rachidienne grave ;
- irradiation nerveuse radiculaire ;
- lombalgie non spécifique ou commune.

La première priorité de cette évaluation diagnostique consiste à exclure une éventuelle cause spécifique, organique, du mal de dos (la présence d'une pathologie grave sous-jacente) encore méconnue ou susceptible de se développer avec le temps. A cette fin, il s'agit d'identifier une série de « drapeaux rouges » de nature médicale à partir de l'historique de la douleur et de



l'examen clinique. Chacun de ces drapeaux rouges correspond à une probabilité plus élevée de se retrouver face à un problème organique sous-jacent pouvant justifier des examens complémentaires. En présence de drapeaux rouges multiples, des recherches complémentaires s'imposent.

En l'absence de drapeaux rouges, l'étape suivante consiste à décider si le patient présente ou non une douleur de type radiculaire. La topographie de la douleur et ses manifestations ainsi que l'examen clinique permettront de répondre à cette question. Lorsque la conclusion est négative, la douleur peut alors être classifiée comme étant une lombalgie non spécifique.

Drapeaux rouges de nature médicale

Les drapeaux rouges sont des signes cliniques ou d'autres éléments médicaux que l'on peut identifier grâce à une anamnèse détaillée et qui peuvent être liés à une cause non musculo-squelettique ou à une cause spécifique telle qu'une infection, une maladie rhumatismale inflammatoire ou encore une tumeur cancéreuse (10).

La définition des drapeaux rouges est variable dans la mesure où ils sont basés sur des consensus d'experts. Les Drapeaux rouges proposés par le COST B13 (1) et les recommandations néo-zélandaises (21) sont résumés ci-dessous:

- ❖ Douleur de type non mécanique: douleur d'aggravation progressive, présente au repos et en particulier durant la nuit ;
- ❖ Symptôme neurologique étendu (déficit dans le contrôle des sphincters vésicaux ou anaux, atteinte motrice au niveau des jambes, syndrome de la queue de cheval) ;
- ❖ Paresthésie au niveau du pubis (ou périnée) ;
- ❖ Traumatisme important (telle qu'une chute de hauteur) ;
- ❖ Perte de poids inexpliquée ;
- ❖ Antécédent de cancer, présence d'un syndrome fébrile ;
- ❖ Usage de drogue intraveineuse, ou usage prolongé de corticoïdes (par exemple thérapie de l'asthme) ;
- ❖ Déformation structurale importante de la colonne ;
- ❖ Age d'apparition inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans (un critère rarement rencontré chez la plupart des travailleurs !).

Examen clinique

Quand est-il utile de réaliser un examen clinique ?

Si le travailleur est asymptomatique au moment de l'examen (et depuis plusieurs jours), l'expérience clinique montre qu'un examen clinique extensif n'apporte pas d'information utile.

Lorsque le sujet est symptomatique mais sans signe associé d'une pathologie sérieuse sous-jacente ni de douleur radiculaire, les auteurs du rapport COST B13 (1) concluent qu'un examen clinique approfondi n'est pas toujours utile.

Pour la prise en charge d'une lombalgie aiguë, un examen clinique de courte durée est toujours nécessaire. Il est également généralement admis que l'examen clinique en pareil cas doit inclure des tests neurologiques.

Pour les autres stades d'une lombalgie non spécifique (subaiguë ou chronique), la nécessité d'un examen clinique reste discutée. Sur base de consensus d'experts, il est généralement admis que l'examen clinique recommandé en phase aiguë devrait être répété lors d'une première évaluation en phase chronique et également durant le follow-up.

Un bref examen clinique, même s'il n'est pas justifié du point de vue scientifique, peut être intégré dans un examen de reprise du travail afin de maintenir la confiance du travailleur dans la compétence professionnelle du médecin du travail.

(1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.

(10) Nielens H., Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, Camberlin C, Bartholomeeussen S, De Gauquier K, Paulus D, Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.

(21) New Zealand Accident Compensation Corporation (ACC). New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. Accident Compensation Corporation (ACC); 2004.



Informations à donner au patient au cours de l'examen clinique

L'examen clinique peut constituer un moment propice pour donner au patient des informations précieuses concernant le diagnostic, la prise en charge et le pronostic de la lombalgie. Cela peut aider à lui redonner confiance. Ce dialogue peut avoir en soi une valeur thérapeutique dans la mesure où le médecin aborde des fausses croyances qui pourront alors être identifiées et corrigées.

Afin d'atteindre un tel objectif, il est cependant conseillé d'éviter d'évoquer d'emblée des hypothèses spécifiques en matière de diagnostic telles que l'hernie discale ou la protrusion discale; le patient doit au contraire recevoir une information qui s'inspire du modèle biopsychosocial de la douleur et qui est donnée dans des termes qui sont compréhensibles pour lui.

Examen clinique et mobilité de la colonne lombaire

De nombreux tests physiques sont réalisés en routine dans le cadre de l'examen clinique du patient souffrant d'une lombalgie chronique ou récidivante (test de mobilité du tronc, tests orthopédiques concernant les articulations, les tendons, les ligaments...). Il faut souligner que la plupart de ces tests sont basés sur des consensus d'experts. Aucune de ces manœuvres n'a été validée comme faisant partie de l'examen orthopédique.

En dépit de ces limitations, quelques-uns des tests couramment utilisés (distance doigts-sol, Schöber ou Schöber modifié) peuvent s'avérer utiles lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre d'un examen standardisé par le même médecin, afin de déterminer une valeur de référence juste après un épisode de lombalgie et ensuite pour suivre l'évolution clinique au cours du temps.

Examen neurologique et test de Lasègue

Traditionnellement, l'examen neurologique comprend le testing des réflexes ostéo-tendineux, des tests moteurs et sensitifs et la manœuvre de Lasègue (PSLR ; Passive Straight Leg Raising test dans la littérature anglo-saxonne). Cette dernière est utilisée en routine pour identifier l'existence d'une douleur radiculaire liée à une compression nerveuse. Le rapport COST B13 (1) décrit cette manœuvre comme suit : la manœuvre de Lasègue demande un divan d'examen ferme où le patient est allongé avec le tronc et les hanches sans flexion latérale. Le praticien doit s'assurer que le genou du patient reste étendu avec le pied dans le plan vertical ; la jambe concernée est soutenue par le praticien au talon et le membre élevé avec douceur. L'angle d'élévation de la jambe pour lequel la douleur apparaît et la localisation de cette douleur sont notés. Lorsque la manœuvre est limitée de façon unilatérale à moins de 70°, induit des symptômes unilatéraux ou est limitée bilatéralement à moins de 50°, chaque jambe doit être levée à tour de rôle jusqu'au seuil de la douleur, abaissée de quelques degrés et la cheville placée en dorsiflexion et la nuque fléchie (test de Bragard). La possibilité de reproduire le symptôme douloureux lors d'une de ces manœuvres doit être interprétée comme un résultat positif du Lasègue, suggérant un accroissement de la tension nerveuse. Une description du test peut également être trouvée en français, sur le site de la SSMG (<http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/lombalgiesmaj180201.pdf>).

Selon Rebain et al. (22) « La sensibilité de la manœuvre (0.80) est également beaucoup plus élevée que sa spécificité (0.40). Il n'y a pas de procédure standard pour la réalisation de cette manœuvre et il n'existe pas de consensus quant à l'interprétation de ces résultats ».

L'utilisation de la manœuvre de Lasègue en tant que test valide et fiable pour identifier une douleur radiculaire liée à la compression d'une racine nerveuse au niveau lombaire (en L4-L5 ou L5-S1) n'est pas supportée par la qualité de l'évidence scientifique disponible. Ce manque d'évidence scientifique contraste avec les opinions des experts qui généralement considèrent une manœuvre de Lasègue bien conduite comme « le test le plus précis pour identifier une irradiation radiculaire » (10).

Imagerie médicale

L'imagerie médicale chez le patient lombalgique comporte la radiographie conventionnelle ainsi que des techniques d'imagerie plus sophistiquées (CT scan, IRM) et la radiographie interven-

(1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.

(10) Nielsens H, Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, Camberlin C, Bartholomeeusens S, De Gauquier K, Paulus D, Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.

(22) Rebain R, Baxter GD, McDonough S. A systematic review of the passive straight leg raising test as a diagnostic aid for low back pain (1989 to 2000). Spine 2002;27(17): E388-E395.



tionnelle telle que la discographie. En cas de lombalgie aiguë non spécifique, toutes les recommandations publiées sont unanimes pour ne pas recommander quelle que forme que ce soit d'imagerie radiologique. Certaines recommandations américaines ou anglaises déconseillent même tout recours à l'imagerie !

La radiographie RX devrait être limitée aux cas suspects d'une cause organique sous-jacente (sur la base des drapeaux rouges) ; dans certaines recommandations, les RX sont suggérées comme une option possible lorsque le mal de dos persiste pendant plus de quatre à six semaines. Lorsque l'on juge nécessaire de diagnostiquer une hernie discale en tant que cause d'une compression nerveuse et d'une irradiation radiculaire, ou d'exclure une origine non spécifique de la lombalgie en présence de Drapeaux rouges, le CT scan et l'IRM (imagerie par résonance magnétique) peuvent être utilisés. Il est à noter que tandis que le CT-scan est une technique utilisant des rayonnements ionisants, ce n'est pas le cas de l'IRM.

Dans la lombalgie commune, l'IRM ne devrait pas être utilisée (Evidence scientifique de qualité modérée) même si certains experts la recommandent lorsque la lombalgie persiste malgré un traitement bien conduit. Par contre, pour des patients chez qui une origine organique de la lombalgie est suspectée, un rapport antérieur du KCE a conclu que l'IRM est la procédure d'imagerie à privilégier.

Pour les patients souffrant de lombalgie chronique, le CT-scan n'est pas recommandé.

Recherche de Drapeaux jaunes dans le cadre d'une évaluation du pronostic

Les drapeaux jaunes sont la terminologie actuellement utilisée pour décrire des barrières de nature psychosociale à la récupération (1;3;11;21). Les drapeaux jaunes de nature psychosociale peuvent être définis comme des facteurs que l'on peut identifier durant l'anamnèse du travailleur et qui sont liés à un risque plus élevé de développer ou de maintenir une lombalgie chronique et de souffrir d'une invalidité à long terme (3;21;23;24).

La relation entre drapeaux jaunes et le développement d'une lombalgie chronique peut être de nature variable. Certains drapeaux jaunes peuvent agir en tant que facteurs causaux directs ou indirects; d'autres peuvent refléter des problèmes plus graves (irradiation radiculaire, récurrence...). On peut tenter de les dépister chez les patients souffrant de lombalgie aiguë. Toutefois, l'identification des drapeaux jaunes est particulièrement justifiée lorsque la lombalgie passe au stade subaigu, chronique ou récidivant car à ce moment certaines interventions visant à éliminer ou réduire de tels drapeaux jaunes peuvent jouer un rôle important dans un programme de traitement.

Les drapeaux jaunes décrits dans la littérature sont les suivants:

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (11) Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB). Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines. Approved guidelines. Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB); 1999 Apr.
- (21) New Zealand Accident Compensation Corporation (ACC). New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. Accident Compensation Corporation (ACC); 2004.
- (23) Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C, Bakke-teig L. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. Occup Environ Med 2004;61(e2):10.
- (24) Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field APA. Systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 2002;27(5): E109-E120.

- ❖ Des facteurs psychologiques: des attitudes inadaptées et de fausses croyances concernant le mal de dos (par exemple la croyance qu'un mal de dos est dangereux ou potentiellement handicapant à long terme, ou des attentes excessives concernant l'effet des traitements de nature passive en lieu et place du maintien d'une activité physique) ;
- ❖ Des comportements de réaction à la douleur inappropriés ou un comportement de malade (par exemple un comportement d'évitement du mouvement et tendant à réduire de façon excessive le niveau d'activités); cette composant de kinésiophobie peut être évaluée sur la base d'un questionnaire validé: le « Tampa scale for Kinesophobia » (TSK). <http://www.fmp.fgov.be/Pdfdocs/MedicalF/prev/tampafpr.pdf>
- ❖ Des problèmes à caractère professionnel tels que:
 - De l'insatisfaction au travail, des problèmes d'indemnisation et de la reconnaissance professionnelle ;
 - Un faible niveau de soutien social et de préoccupation pour celui qui souffre du dos dans son environnement de travail ;
 - Une faible ancienneté dans l'emploi, ou des tâches physiques lourdes sans la possibilité de bénéficier d'un travail adapté.
- ❖ Une longue période d'absence pour maladie en raison de la lombalgie et en particulier chez un travailleur rencontrant des difficultés pour reprendre son travail normal, quatre à



douze semaines après le déclenchement de la douleur ; plus longtemps le travailleur reste en arrêt de travail plus faibles seront ses chances qu'il reprenne un jour son travail;

- Des épisodes antérieurs de lombalgie, l'intensité de la douleur, un impact fonctionnel important de cette douleur, un état de détresse psychosociale, des attentes irréalistes du patient, une expression excessive des symptômes ;
- Des problèmes émotionnels tels qu'une affectivité négative, un état dépressif, l'anxiété, le stress ou encore la tendance à s'isoler des interactions sociales ;
- Une irradiation radiculaire de la douleur (celle-ci constituant le seul Drapeau jaune de nature médicale).

Exercices physiques

La thérapie par l'exercice recouvre un ensemble plutôt hétérogène d'interventions allant d'un entraînement physique général ou entraînement aérobique jusqu'au renforcement musculaire et à différents types d'exercices visant les étirements et la souplesse (25).

La thérapie par l'exercice peut être définie comme un programme dans lequel le patient se voit demander de réaliser des mouvements répétés de nature volontaire, dynamiques ou statiques de certaines régions du corps (jambes, bras, tronc...) ou de l'ensemble du corps, avec ou sans mise en charge externe (par des poids). La logique de ce type de traitement est généralement fondée sur l'hypothèse qu'une capacité cardio-respiratoire réduite et une musculature du tronc affaiblie (tant au niveau abdominal que dorsal) peuvent jouer un rôle dans le déclenchement et le maintien de la douleur dorso-lombaire. C'est pour cette raison, que le réentraînement physique à l'effort, incluant un entraînement cardio-vasculaire et des exercices de renforcement musculaire du tronc, est souvent inclus dans les programmes de réadaptation intensive des patients avec lombalgie chronique.

Programme multidisciplinaire de traitement et autres interventions dans le milieu de travail

Les programmes de traitement multidimensionnels sont fondés sur le modèle biopsychosocial de la douleur qui suggère que tant des facteurs physiques que des facteurs psychologiques et sociaux peuvent jouer un rôle dans la réduction de la douleur, le handicap et influencer favorablement le retour au travail (26). Pour pouvoir être qualifiés de multidisciplinaire, ces programmes doivent inclure une composante d'exercices physiques et au moins une des deux autres composantes de base, psychologique ou sociale.

- Composante physique: un programme d'exercices visant au reconditionnement physique du patient; cette partie du programme peut s'inspirer si besoin du modèle de la restauration fonctionnelle, impliquant un entraînement physique intensif sous supervision avec des mesures répétées des performances (force musculaire, puissance aérobie,...). Cette composante physique inclut aussi fréquemment une composante éducative ayant pour but de donner au patient une meilleure compréhension de son problème de santé et de le former, de manière pratique, aux techniques et postures de protection du dos afin de le protéger des contraintes mécaniques auxquelles il est exposé durant la vie quotidienne et les activités de travail ;
- Composante psychologique: celle-ci consiste à évaluer les composantes émotionnelles de la douleur, kinésiophobie incluse, et à proposer avec la participation d'un psychologue une intervention qui peut prendre des formes variées telles que par exemple une approche comportementale avec un conditionnement opérant, une approche cognitive, de la relaxation...;
- Composante sociale: cette composante est souvent moins bien décrite; elle peut inclure une évaluation de la situation familiale du patient, de sa situation sociale, notamment en terme d'emploi; elle peut aussi impliquer une intervention ergonomique sur le lieu de travail.

Afin d'être pleinement efficace, de tels programmes doivent combiner les composantes décrites ci-dessus dans une même séquence temporelle.

(25) Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BV. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).

(26) Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).



Restez actif et continuez vos activités habituelles !

Une inactivité prolongée, et en particulier le fait de rester au lit pour une durée supérieure à deux jours, entraîne une détérioration de plusieurs fonctions corporelles et peut dès lors ralentir la guérison de la lombalgie. Lorsque le médecin conseil ou le médecin du travail doit examiner un travailleur dans la perspective d'un prochain retour au travail, il est utile d'identifier l'usage de telles modalités de traitement passif et dans pareils cas de recommander vivement au travailleur de rester actif, de maintenir un certain niveau d'activités et si possible de l'augmenter.

Programmes de retour au travail

Les travailleurs expriment souvent eux-mêmes leurs préoccupations concernant le fait de retourner au travail alors que des symptômes douloureux persistent; de telles préoccupations sont également exprimées par les représentants syndicaux, les professionnels de santé de première ligne, les médecins conseils et les médecins du travail de même que par les contremaîtres et la hiérarchie, tout particulièrement lorsque la lombalgie est considérée comme liée au travail et que l'on pense qu'il pourrait y avoir un risque de réapparition de la lésion.

Cette préoccupation est compréhensible mais non fondée. Les études relatives à l'histoire naturelle de la lombalgie montrent que ce symptôme est un problème généralement persistant ou récidivant mais que la plupart des travailleurs continuent à travailler en sa présence ou décident de retourner au travail alors que certains symptômes sont encore présents (RCP citant Carey et al. (27)): « si personne ne retourne au travail avant d'être à 100% asymptomatique, seule une minorité de travailleurs retourneraient un jour au travail ». Des études épidémiologiques et de suivi clinique montrent qu'un retour précoce au travail (ou le fait de continuer à travailler) avec certains symptômes encore existants, n'augmente pas le risque de nouvelles lésions mais en fait réduit les récurrences et les périodes d'absence pour lombalgie durant l'année suivante. À l'inverse, plus longtemps quelqu'un reste en arrêt de travail, plus faibles sont ses chances de récupération. Des précautions excessives en la matière constituent un obstacle au retour au travail et peuvent conduire à une absence pour maladie durable qui tend alors à aggraver et à perpétuer la douleur chronique et l'handicap qui y sont liés.

Des interventions bien conçues concernant des populations cibles définies, des balises temporelles précises pour l'intervention, et une série de composantes prédéterminées constituent les caractéristiques de ce qui est appelé programmes de retour au travail (RAT) (return to work programs). La plupart des interventions de type RAT ont été conçues en référence au modèle biopsychosocial de la lombalgie (28). Ces interventions comportent dans une mesure variable des composantes éducatives, du réentraînement physique, certaines composantes cognitivo-comportementales ainsi que dans certains programmes, une intervention structurée sur le lieu du travail ou certaines formes d'interaction étroite avec des partenaires dans l'entreprise. Sur base d'une telle description, il faut souligner qu'il peut y avoir un certain recouvrement en terme de contenu entre ce qui est appelé traitement multidisciplinaire de revalidation et programme RAT.

Si la plupart des interventions cliniques sont plutôt inefficaces pour favoriser le retour au travail une fois que le travailleur a été en arrêt de travail pendant une période prolongée, la revue de littérature de Elders et al. (29) suggère qu'une intervention de type RAT ne devrait pas intervenir trop tôt dans l'évolution de la lombalgie mais de préférence après deux mois. Cette revue souligne également que le résultat en terme de retour au travail est meilleur lorsque les interventions combinent des exercices, un réentraînement à l'effort, et une formation dans des techniques de manutention avec une composante éducative de type école du dos.

(27) Carey TS, Garrett JM, Jackman AM. Beyond the good prognosis. Examination of an inception cohort of patients with chronic low back pain. *Spine* 2000;25(1):115-20.

(28) Staal JB, Hlobil H, Twisk JVV, Smid T, Koke AJ, Van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;140(2):77-84.

(29) Elders LAM, van der Beek AJ, Burdorf A. Return to work after sickness absence due to back disorders - A systematic review on intervention strategies. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2000;73(5):339-48.



3. RÉSUMÉ

La lombalgie entraîne tant pour le travailleur que pour l'entreprise des conséquences importantes. L'objectif de ces recommandations de bonne pratique est de fournir aux médecins du travail un outil efficace pour mieux prendre en charge les travailleurs lombalgiques dans l'entreprise, prévenir l'apparition de nouveaux cas et/ou le passage à la chronicité des cas débutants. Le type de lombalgie visé est la lombalgie commune (càd non liée à une pathologie médicale spécifique), survenant parmi les adultes en âge de travailler.

Ce guide a été préparé sur base d'une revue systématique des données probantes (Evidence Based Medicine), a été validé par un groupe d'experts académiques belges et adapté ensuite par un groupe de travail composé de praticiens de la médecine du travail. Les recommandations-clés proposées sont structurées en référence aux principales missions du médecin du travail.

En tant que conseiller de l'entreprise pour la prévention des risques et la protection de la santé des travailleurs, il est recommandé au médecin du travail de fournir, tant au niveau individuel que collectif, une série d'informations utiles à la compréhension de la lombalgie et à sa prise en charge : par exemple le fait que la lombalgie commune est très fréquente dans la population adulte, mais que ses épisodes sont en général de courte durée et se résolvent spontanément au bout de quelques jours à quelques semaines. L'importance de rester actif quand on souffre d'un épisode de lombalgie est particulièrement soulignée car l'inactivité peut aggraver la lombalgie et en retarder le plus souvent la récupération.

Par rapport à la mission de promotion de stratégies de prévention en milieu de travail, le guide présente au médecin du travail l'évidence scientifique en faveur de différents types d'intervention préventives : mesures destinées à améliorer l'environnement de travail, celles qui ciblent le travailleur (et notamment la formation des travailleurs à travers une école du dos), et enfin les interventions multidisciplinaires combinant dans une mesure variable plusieurs composantes (physique, éducationnelle, ergonomique).

Le médecin du travail trouvera ensuite des recommandations pour l'exercice de la surveillance de santé des travailleurs ; celles-ci distinguent la situation du travailleur qui souffre de lombalgie mais qui est encore au travail, de celle où le travailleur est en arrêt de travail à cause de la lombalgie. Pour l'analyse de la situation du travailleur, le guide recommande la recherche des Drapeaux rouges (signes d'atteinte par une pathologie spécifique) et celle des Drapeaux jaunes (facteurs de nature psychosociale, susceptibles de jouer un rôle dans la chronicisation de la lombalgie et de retarder le retour au travail). Parmi les différentes interventions possibles, le guide décrit les évidences scientifiques respectivement disponibles pour l'amélioration ergonomique du lieu de travail, les exercices physiques, la modification (temporaire ou permanente) du travail, les programmes de traitement multidisciplinaires (incluant un reconditionnement physique intensif). La participation à un programme de retour au travail est encouragée si le programme inclut une composante lieu de travail (analyse ergonomique du poste, aménagement des tâches, contact entre le travailleur et son superviseur, etc.).

Les annexes décrivent le processus suivi pour la revue de l'évidence scientifique et les fondements, dans la littérature sélectionnée, de chacune des recommandations formulées ; elle contiennent en outre la liste des revues systématiques et des guidelines internationales ayant servi à l'élaboration du guide.

En conclusion, les recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la lombalgie sont à la croisée de l'évidence scientifique disponible et des spécificités du système belge de santé au travail. Il reste aux praticiens de les mettre à l'épreuve de la réalité, d'en évaluer la pertinence et d'en stimuler l'évolution selon les besoins rencontrés.



4. ANNEXES

4.1 Méthodologie de revue de l'évidence scientifique

4.1.1 Définition du PICO et des critères de sélection de la littérature

Le PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcome) de cette analyse est défini dans le tableau 1. Les interventions prises en considération peuvent avoir pour but, selon le contexte, soit de prévenir la chronicisation d'une lombalgie subaiguë, soit de prendre en charge les travailleurs souffrant d'une lombalgie.

En ce qui concerne la sélection de la littérature, la recherche a été limitée aux directives (guidelines) pertinentes et aux revues systématiques, en particulier celles liées aux aspects de la santé au travail. Les directives et les revues systématiques ont été incluses ou exclues en fonction du champ d'intérêt défini dans le PICO ; en plus de la langue, d'autres critères ont été pris en compte.

Tableau 1 : PICO et critères d'inclusion et d'exclusion des références

Type	Inclusion	Exclusion
Population	<ul style="list-style-type: none">• Sujets adultes (15-65 ans)• Travaillant sous contrat dans le secteur public ou privé, souffrant de « lombalgie » ou d'une « lésion du dos ».	<ul style="list-style-type: none">• Travailleurs sans lombalgie• Travailleurs intérimaires
Interventions	<ul style="list-style-type: none">• Programmes d'information ou d'éducation destinés au personnel : école du dos, brochures, etc.• Exercices physiques sur le lieu de travail• Interventions ergonomiques sur les facteurs physiques et/ou organisationnels• Soutien lombaire et/ou ceinture dorsale• Adaptation des conditions de travail afin de faciliter le retour au travail après un congé maladie• Programmes de reprise du travail• Programmes de revalidation du travailleur (rétablissement fonctionnel, activité progressive, intensification du travail...)• Interventions multidimensionnelles au travail, visant particulièrement l'amélioration de la reprise du travail	<ul style="list-style-type: none">• Interventions cliniques en dehors du lieu de travail• Soins de santé primaires• Mesures ergonomiques de prévention primaire
Conséquences	<ul style="list-style-type: none">• taux de reprise du travail,• absentéisme, congés maladie et durée,• invalidité, pension d'invalidité,• retraite anticipée,• changement de travail,• perte de travail,• travail allégé,• emploi	<ul style="list-style-type: none">• Incidence ou prévalence totale des lombalgies;• Absentéisme non lié aux lombalgies



Type	Inclusion	Exclusion
Portée de la directive	<ul style="list-style-type: none"> • Directives à caractère professionnel ou clinique sur la lombalgie ou relatives à l'une des conséquences mentionnées ci-dessus • Revues systématiques associées à une lombalgie liée au travail et/ou à l'une des conséquences mentionnées ci-dessus 	<ul style="list-style-type: none"> • Directives purement cliniques • Directives non liées au travail • Revues narratives
Autres critères	<ul style="list-style-type: none"> • Langue : français, anglais, néerlandais • Année de publication (après 1996 pour les directives et après 2000 pour les revues systématiques) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autres langues

4.1.2 Méthodologie de recherche

Les publications pertinentes datant de 1996 à 2006 pour les directives et de 2000 à 2006 pour les revues systématiques ont été recherchées électroniquement dans les bases de données suivantes : EMBASE, OVID Medline, OVID Cochrane Controlled Trials Register, NHS guidelines Finder, National Guidelines Clearing House, New Zealand Guidelines Group Search et base de données Pedro. La stratégie de recherche combinait 3 groupes de termes: la maladie (lombalgie), le domaine de recherche (médecine du travail) et le type de référence (directive pour la pratique ou revue systématique). Plusieurs mots clés concernant des conséquences pertinentes (absence au travail, congé maladie, reprise du travail, incapacité professionnelle, etc.) et des interventions (programmes de reprise du travail, interventions ergonomiques, école du dos, etc.) ont également été utilisés afin d'extraire les publications. La portée était limitée à l'Europe occidentale et aux pays dont le système d'assurance sociale est proche de celui de la Belgique.

A Recherche et sélection des directives

La stratégie de recherche combinait 3 groupes de termes, selon la « stratégie OU » à l'intérieur d'un groupe et la « stratégie ET » entre les groupes.

- Le premier groupe incluait « low back pain » ou « backache » ou « sciatica (ischialgia) » comme principaux termes MesH ou mots clés ;
- Le second groupe incluait le domaine de recherche : « occupational health » ou « occupational medicine » ou « occupational disease » ou « occupational accident ». Pour une recherche plus précise, plusieurs autres termes MesH liés à diverses conséquences et interventions (return to work, absenteeism, sick leave, disability, retirement, employment, job change, job adaptation, job loss, light duty, ergonomic, rehabilitation, back school, lumbar support) ont été associés à ce groupe afin de renforcer l'efficacité de la stratégie.
- Le troisième groupe incluait le type de référence « guidelines » ou « clinical guidelines » ou « practice guidelines ».

La publication néerlandaise (30) décrivant une comparaison internationale des directives relatives à la lombalgie liée au travail a également servi de source pour l'identification d'autres directives intéressantes.

B Résultats de la recherche de directives

Première étape de la sélection

La recherche dans la littérature a permis d'identifier 440 références pour la période correspondante (EMBASE : 206 ; MEDLINE : 73 ; COCHRANE : 89 ; PUBMED : 56 ; National Guidelines Clearing House : 3 ; NHS guidelines Finder 7 ; New Zealand Guidelines Group Search : 1 ; Pedro : 5).

Toutes les publications identifiées par voie électronique à partir de ces bases de données ont été combinées dans une base de données de gestion des références (à l'exception de celles dont le format n'était pas compatible) et les doublons ont été éliminés.

(30) Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW et al. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occupational & Environmental Medicine* 2003 September;60(9):618-26.



Lors de cette première étape de la sélection, la majorité des publications (n=379) ont été écartées sur la base du titre et/ou de l'abstract. Certaines publications ne correspondaient pas aux critères d'inclusion (PICO), d'autres n'étaient pas des directives et d'autres encore n'étaient pas liées au mal de dos ou aux conditions de travail. Vingt-six publications correspondaient à la définition du PICO mais ont été éliminées parce qu'elles étaient redondantes. Douze (12) ont été éliminées à cause de la langue (italien, allemand, norvégien et japonais).

Résultat : 26 directives ont été conservées en vue de l'analyse (11 directives axées sur la santé au travail et 15 directives relatives à la lombalgie évoquant des questions liées au travail ou des conditions de travail).

Seconde étape de la sélection et évaluation des directives

Les 26 références ont subi une seconde étape de sélection basée sur le texte complet de la publication. Cette sélection a été effectuée par le chercheur (D. Mazina) et sa décision a été validée par un second analyste (M. Dujardin, chercheur senior dans le département et spécialiste en médecine du travail). Au cours de ce processus de sélection, il est apparu que la plupart de ces références étaient des « directives générales » ou des « directives axées sur l'aspect clinique » plutôt que des directives liées aux conditions de travail. Certaines directives se concentraient sur un aspect spécifique du PICO. Huit directives ont été jugées pertinentes et correspondant au PICO, mais l'une d'elles (31) a été éliminée de la liste car il s'est avéré qu'il s'agissait d'une revue systématique et non d'une directive (20). Les 7 directives conservées ont été évaluées au moyen de l'instrument AGREE (32).

L'analyse AGREE a été effectuée de manière indépendante par 2 analystes (D. Mazina et M. Dujardin) qui ont attribué un score à chaque directive ; ces deux scores individuels ont été discutés et combinés afin d'obtenir un score total pour chaque directive.

L'une des 7 directives possédait un score faible (directives suisses : moins de 50) mais a été conservée car une partie de son contenu a été jugé intéressant par rapport au PICO.

Les 7 directives et leur score AGREE sont listées ci-dessous (par ordre alphabétique).

- 1 ANAES. Diagnostic and therapeutic management of common lumbago and sciatica of less than 3 months of duration. Recommendations of the ANAES. [Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé] J Radiol. 2000;81:1665-6. (en français).
SCORE AGREE : 50
- 2 Burton AK, Balague F, Cardon G et al. COSTB13 Working group: European guidelines for the management of low back pain - Chapter 2: European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. Workers. Eur Spine J. 2006; 15:S148-S157.
SCORE AGREE : 63
- 3 Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB): Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines, April 1999 (en néerlandais).
SCORE AGREE : 51
- 4 Fédération des Médecins Suisses (FMH). [Lombalgies : recommandations pour le diagnostic et la prise en charge - Algorithmes 1 à 4]. 1997. 32 p. Berne (en français).
SCORE AGREE : 34
- 5 New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. Best Practice Guideline; Source: Accident Compensation Corporation (ACC). Date Published: 1-Jun-03.
SCORE AGREE : 68
- 6 Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.
SCORE AGREE : 72
- 7 Tugwell P. Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys. Ther. 2001; 81:1641-74.
SCORE AGREE : 64

(12) Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.

(20) Ammendolia C, Kerr MS, Bombardier C. Back belt use for prevention of occupational low back pain: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther 2005;28(2):128-34.

(31) Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF). Use of back belts to prevent occupational low-back pain: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Can Med Assoc J 2003;169(3):213-4.

(32) The AGREE Collaboration group. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. 1-22. 2001. London, St George's Hospital Medical School. Ref Type: Serial (Book, Monograph)



C Recherche et sélection des revues systématiques

Les revues systématiques (RS) pour la période 2000-2006 ont été recherchées électroniquement dans les bases de données suivantes : EMBASE, OVID Cochrane Database of Systematic Reviews (2e trimestre 2006), OVID Medline, AMED (Allied and Complementary Medicine) et base de données Pedro. La sélection électronique était similaire à celle utilisée pour l'extraction des directives et reposait sur la stratégie suivante:

- Principaux termes MesH ou mots clés : « low back pain » ou « backache » ou « sciatica (ischialgia) » ;
- Domaine de recherche : « occupational health » ou « occupational medicine » ou « occupational disease » ou « occupational accident ». D'autres termes MeSH ou mots clés ont été associés à ce groupe pour une recherche plus spécifique : return to work, absenteeism, sick leave, disability, retirement, employment, job change, job adaptation, job loss, light duty, ergonomic, rehabilitation, back school, lumbar support
- Et le type de référence : « Systematic reviews » ou « Meta-analysis »

D Résultats de la recherche de revues systématiques

Première étape de la sélection

La recherche électronique a été effectuée par le chercheur principal (D. Mazina). Dans la liste des références extraites (de chaque base de données), une sélection a été réalisée sur la base du titre et après une lecture rapide de l'abstract lorsque le titre ne permettait pas de prendre une décision. Toutes les références qui ne comprenaient aucun des mots clés dans le titre, l'abstract ou la liste de mots clés ont été éliminées. Lorsque la sélection soulevait des questions, la décision finale a été prise par l'investigateur principal (Ph. Mairiaux). Ce processus a été répété pour chaque base de données.

La recherche électronique a permis d'identifier 392 revues systématiques comportant les 3 groupes de mots clés mentionnés ci-dessus (EMBASE : 79 ; COCHRANE : 91 ; MEDLINE : 107 ; Pubmed : 56 ; AMED : 50 ; et base de données Pedro : 9).

Comme pour les directives, la plupart des références extraites étaient des doublons trouvés dans plusieurs bases de données. D'autres n'étaient pas des « revues systématiques » (même si le terme revue figurait parmi les mots clés) ; d'autres n'étaient pas liées au « mal de dos » ni aux « conditions de travail ». Sur les 392 références extraites, 338 ont été éliminées sur la base du titre (qui ne correspondait pas aux critères d'inclusion) : 54 références ont été conservées en vue d'une analyse.

Deuxième étape de la sélection

Les 54 revues systématiques ont subi une seconde étape de sélection basée sur l'abstract et le texte complet. Sur les 54 références potentielles, 21 ont été éliminées parce qu'elles ne correspondaient pas à la question de la recherche ; 4 étaient des versions actualisées d'une revue de Cochrane portant un nom différent (Hayden 2005 ; Schonstein 2003 ; van Poppel 2000 et Jellema 2001) et 2 étaient des analyses descriptives (Verbeek JH 2001 ; Staal JB 2002). Une revue systématique de Cochrane (Hilde G 2002) a été éliminée par le Cochrane Back Review Group car elle était obsolète (dernière recherche décembre 1998) et présentait des problèmes de méthodologie. Enfin, 26 revues systématiques, y compris 8 « Cochrane systematic reviews », ont été conservées pour compléter les preuves fournies par les directives.

Une revue systématique publiée récemment a été ajoutée à la liste des références avant que le rapport soit finalisé. La liste des 27 revues systématiques sélectionnées figure ci-dessous.

1. Ammendolia C, Kerr MS, Bombardier C. Back belt use for prevention of occupational low back pain: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther.* 2005 Feb; 28(2):128-34. Review.
2. Elders LA, van der Beek AJ, Burdorf A. Return to work after sickness absence due to back disorders--a systematic review on intervention strategies. *Int Arch Occup Environ Health.* 2000 Jul; 73(5):339-48.



3. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudou S, Fermandian J, Rannou F, Wlodyka Demaille S, Benyahya R, Revel M. [Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors]. *Ann Readapt Med Phys*. 2004 May; 47(4):179-89 (en français).
4. Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Work-Place-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *J Occup Rehabil*, 2005; 15(4): 607-631.
5. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
6. Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C, Bakketeig L. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. *Occup Environ Med*. 2004 Jan; 61(1): e2
7. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
8. Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, Bazin T, Duquesnoy B. Information and Low Back Management. *Spine* 2006; 31(11): E326-E334
9. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R et al. Back schools for non-specific low-back pain [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
10. Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scand J Work Environ Health*. 2005 Aug; 31(4):249-57.
11. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
12. Kool J, de Bie R, Oesch P et al. Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: a meta-analysis. *J Rehabil Med* 2004; 36:49-62.
13. Kuijjer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of Sickness Absence in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *J Occup Rehabil*. 2006 Jun 17.
14. Meijer EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: A systematic review. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 2005; 78:523-32.
15. Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clin J Pain* 2001 Dec; 17(4 Suppl):S114-27.
16. Ostelo RWJG, de Vet HCW, Waddell G et al. Rehabilitation after lumbar disc surgery [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
17. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002 Mar 1; 27(5): E109-20. Review.
18. Schonstein E, Kenny DT, Keating J et al. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
19. Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. *Disabil Rehabil*. 2001 Dec 15; 23(18):815-28.
20. Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW et al. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: A systematic review of the literature. *Occup. Environ. Med*. 2005; 62:851-60.
21. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU: Hansson T, Jansen I). Chapter 6. Sickness absence due to back and neck disorders. *Scand J Public Health Suppl*. 2004; 63:109-51. Review.
22. Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occup Med (Lond)*. 2004 Jan; 54(1):3-13.
23. van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MM, Ijzerman MJ. A systematic review of sociodemographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. *Spine*. 2005 Apr 1; 30(7):813-25.



24. van Poppel MN, Hooftman WE, Koes BW. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace. *Occup Med (Lond)*. 2004 Aug; 54(5):345-52.
25. van Tulder MW, Jellema P, van Poppel MNM et al. Lumbar supports for prevention and treatment of low-back pain [Systematic Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006.
26. van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise Therapy for Low Back Pain: A systematic Review within the Framework of the Cochrane Collaboration Back review Group. *Spine*. 2000; 25(21):2784-2796.
27. Wessels T, van Tulder M, Sigl T, Ewert T, Limm H, Stucki G. What predicts outcome in non-operative treatments of chronic low back pain? A systematic review. *Eur Spine J*. 2006 Mar 31.

Évaluation de la qualité des revues systématiques

La qualité méthodologique des revues systématiques (RS) satisfaisant aux critères d'inclusion a été évaluée au moyen du Validation Cochrane criteria assessment for systematic reviews Va form (Formulaire d'évaluation d'une revue systématique d'études randomisées contrôlées ; version d'octobre 2002, valable jusqu'en décembre 2006 inclus), traduit en anglais.

Sur les 27 RS, 8 étaient des « revues systématiques de Cochrane » et n'ont pas été évaluées (Guzman J. 2006; Hayden JA. 2006 ; Heymans MW. 2006 ; Karjalainen K. 2006 ; Ostelo RWJG. 2006 ; Schonstein E. 2006 ; van Tulder MW. 2006 ; van Tulder M. 2000) ; deux (Kool J et al 2004 ; van der Hulst M et al 2005) ont été évaluées séparément par d'autres chercheurs (10) et ont été jugées de bonne qualité méthodologique. Les dix-sept autres ont été soumises à l'évaluation de la qualité et toutes ont été jugées de bonne qualité méthodologique.

(10) Nielens H., Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, Camberlin C, Bartholomeeussen S, De Gauquier K, Paulus D, Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.



4.2 Synthèse des preuves

4.2.1 Résumé des preuves et niveau de qualité de preuve

Principaux éléments de recommandation		Qualité de la preuve
1.	MT en tant que conseillers de l'entreprise pour la prévention et le suivi de la santé	
	Informations de base à fournir au niveau collectif	Qualité de preuve modérée
	Informations de base à fournir au niveau individuel	Qualité de preuve modérée
2.	MT pour la promotion de politiques et stratégies de prévention sur le lieu de travail	
	Interventions d'ergonomie physique	
	Analyse du lieu de travail	Aucune preuve
	Ergonomie physique uniquement	Qualité de preuve faible
	Programme ergonomique physique & dimensions organisationnelles	Qualité de preuve faible
	Interventions axées sur le travailleur	
	Éducation ou formation du travailleur (programmes d'école du dos)	Qualité de preuve modérée
	Port de soutien lombaire ou de ceinture dorsale	Qualité de preuve faible
	Recours à des semelles orthopédiques ou orthèses	Qualité de preuve très faible
	Utilisation de semelles intérieures	Qualité de preuve très faible
	Intervention multidimensionnelle sur le lieu de travail	Qualité de preuve modérée
3.	Surveillance de la santé par le médecin du travail (MT)	
	Prise en charge des travailleurs souffrant de lombalgie récurrente	
	Évaluation de la situation	
	Tri diagnostique	
	Anamnèse	-
	Évaluation médicale des drapeaux rouges	-
	Examens d'imagerie diagnostique	-
	Radiographie classique	Preuves modérées en défaveur
	Résonance magnétique (IRM)	Preuves modérées en défaveur
	Scanner	Qualité de preuve très faible
	Scintigraphie et tomographie	Qualité de preuve faible
	Discographie	Preuves modérées en défaveur



Principaux éléments de recommandation		Qualité de la preuve
	Évaluation pronostique	
	Évaluation des drapeaux jaunes liés au travail	Qualité de preuve élevée
	Facteurs pronostiques liés au travail	Qualité de preuve faible
	Antécédents de congés maladie	Qualité de preuve faible
	Détresse, humeur dépressive, isolement social	Qualité de preuve modérée
	Satisfaction professionnelle & autre modèle de stress professionnel	Qualité de preuve faible
	Prise de contact avec le médecin de famille	-
	Évaluation complémentaire si le travailleur ne travaille plus	
	Anamnèse	
	Évaluation de la douleur	Qualité de preuve très faible
	Évaluation fonctionnelle	Qualité de preuve très faible
	Discussion sur les attentes du travailleur concernant la reprise du travail	Qualité de preuve modérée
	Interventions possibles si le travailleur travaille toujours	
	Augmentation de l'activité physique du travailleur	-
	Modification temporaire du travail (travail allégé)	Qualité de preuve modérée
	Adaptation permanente du travail	-
	Changement permanent de travail	-
	Programmes de traitement multidisciplinaires	Qualité de preuve élevée
	Interventions recommandées si le travailleur ne travaille plus	
	Sur le lieu de travail	
	Modification temporaire du travail (travail adapté)	Qualité de preuve modérée
	Améliorations ergonomiques	-
	Prise de contact avec le MC	-
	Au niveau du travailleur	
	Rester actif et poursuivre ses activités habituelles	Qualité de preuve élevée
	Exercices physiques	-
	Programmes de traitement multidisciplinaires	Qualité de preuve élevée
	Promotion de programmes de reprise du travail	
	Création de programmes de reprise du travail	Qualité de preuve élevée
	Éléments de programmes de reprise du travail	Qualité de preuve élevée



4.2.2 Les médecins du travail (MT) en tant que conseillers de l'entreprise pour la prévention et le suivi de la santé

A Informations de base à fournir au niveau collectif et individuel

Deux des 7 directives analysées (1;3) et 7 revues systématiques (23;24;33;34;34-37) ont été utilisées afin de déterminer quelles informations de base il serait utile de communiquer soit au niveau collectif par le MT soit au niveau individuel pour les travailleurs souffrant d'une lombalgie par le MT et le MC. Deux autres publications contenant des données épidémiologiques belges spécifiques (6;38) et une revue systématique (8) ont également été utilisées.

Les employeurs et les travailleurs doivent être conscients des faits suivants :

- ❖ La lombalgie est une affection courante et souvent récurrente mais dont les épisodes aigus sont généralement brefs et disparaissent spontanément.

D'après le COST B13 (1), « la prévalence à vie de la lombalgie dépasserait 70% dans les pays industrialisés (prévalence par an : 15% à 45% ; incidence chez l'adulte : 5% par an). Un pic de prévalence est observé entre 35 et 55 ans. Les symptômes, la pathologie et l'aspect radiologique sont peu corrélés. Chez environ 85% des personnes concernées, la douleur n'est pas due à la pathologie ni à une compression neurologique... La lombalgie aiguë guérit en général spontanément (taux de rétablissement de 90% dans les 6 semaines) mais 2 à 7% des gens développent une douleur chronique. Une douleur récurrente et chronique est à l'origine de 75% à 85% de l'absentéisme total des travailleurs » (1).

- ❖ Les exigences physiques au travail sont un facteur qui a une influence sur l'incidence de la lombalgie mais qui n'est pas le plus important.

Les facteurs de risque cités le plus souvent pour la survenue de la lombalgie sont un travail physique lourd, le fait de se pencher, de se tourner, de soulever, de tirer et de pousser fréquemment, le travail répétitif, les postures statiques et les vibrations (1).

Les facteurs de risque psychosociaux incluent le stress, la détresse, l'anxiété, la dépression, la dysfonction cognitive, l'attitude face à la douleur, l'insatisfaction professionnelle et le stress mental au travail. Cependant, peu de preuves sont disponibles pour étayer ces facteurs de risque et ceux qui sont bien documentés n'ont qu'un effet limité (1).

Les conclusions de Hartvigsen et al (23) confirment celles du COST B13 (1). Ils concluent qu'il existe une qualité de preuve modérée en ce qui concerne l'absence d'association entre la lombalgie et la perception du travail, les aspects organisationnels du travail ou le soutien au travail. Il n'existe pas suffisamment de preuves en faveur d'une association positive entre le stress au travail et la lombalgie.

- ❖ La prévention et la gestion des cas doivent être axées à la fois sur les facteurs physiques et psychosociaux.

La directive britannique (12) recommande que le médecin du travail aide le travailleur souffrant de lombalgie, que des facteurs liés au travail jouent, ou non, un rôle dans sa pathologie. Le même principe doit être appliqué au MC des organismes d'assurance-maladie en Belgique.

« Il existe en principe une marge considérable de prévention des conséquences de la lombalgie – par exemple, les épisodes (réurrence), les demandes de soins, l'invalidité et la perte d'emploi » (1). Ces affirmations ne sont pas étayées par des preuves. Pour la directive britannique (12), les demandes de soins et l'invalidité découlant des lombalgies dépendent davantage de facteurs psychosociaux complexes individuels et liés au travailleur que d'éléments cliniques ou d'exigences physiques au travail (preuves solides). Une revue récente (35) confirme cette conclusion. Ses résultats suggèrent que la modification de variables comportementales et la réduction de l'invalidité pourraient être plus importants que les facteurs de performance physique pour la réussite du traitement de la lombalgie chronique.

En ce qui concerne les conséquences de la lombalgie et sa prévention, il est utile de distinguer la prédiction des récurrences et les facteurs prédictifs de la demande de soins, des absences pour maladie, de l'invalidité et de la perte d'emploi.

Les directives britanniques (12) et COST B13 (1) ainsi que la revue systématique de Fayad et al. (34) ont conclu que le facteur de risque le plus puissant concernant un nouvel épisode de dorsalgie est l'existence d'antécédents (y compris, notamment, la fréquence et la durée

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (6) Skovron ML, Szpalski M, Nordin M, Melot C, Cukier D. Sociocultural factors and back pain. A population-based study in Belgian adults. Spine 1995;19(2):129-37.
- (8) Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. Br Med J 2003;327(7410):323.
- (12) Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.
- (23) Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C, Bakke-teig L. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain: a systematic, critical review of prospective cohort studies. Occup Environ Med 2004;61(e2):-10.
- (24) Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field APA systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 2002;27(5): E109-E120.
- (33) Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. [Review] [103 refs]. Disability & Rehabilitation 23(18):815-28, 2001 December 15.
- (34) Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiradeau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka DS et al. Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. Annales de Readaptation et de Médecine Physique 2004 May;47(4):179-89.
- (35) Limm H, Wessels T, Rackwitz B, John J, Freumuth R, Von Garnier K et al. Secondary prevention of back pain among nurses: A literature review on effectiveness of interventions and programs. Phys Med Rehabil Kurortmed 2005;15(1):13-9.
- (37) Kuijjer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. J Occup Rehabil 2006;16(3):439-67.
- (38) Goubert L, Crombez G, De Bourdeaudhuij I. Low back pain, disability and back pain myths in a community samples: prevalence and interrelationships. Eur J Pain 2004 August;8(4):385-94.



des épisodes, une douleur irradiant dans la jambe, une intervention chirurgicale antérieure). En outre, la revue de Fayad (34) a montré que les exigences physiques au travail (durée des travaux manuels, postures non neutres) semblent également jouer un rôle (qualité de preuve modérée).

B Une information au niveau collectif est-elle utile pour la prévention ?

La littérature présente un chevauchement considérable, et malheureusement aussi une certaine confusion entre les stratégies d'information ou d'éducation d'une part, et les écoles du dos ou les programmes d'école du dos d'autre part. Une école du dos implique par définition un aspect éducatif important, ainsi que d'autres aspects tels que les exercices physiques.

Comme le souligne le groupe d'experts COST B13 (1), la plupart des analyses ont mis les interventions axées sur l'information/le conseil/l'instruction « dans le même sac » étiqueté « interventions éducationnelles » et la plupart des études ont évalué les effets d'interventions qualifiées d'« écoles du dos ». Pour ces raisons, il y a peu de temps encore (voir ci-après), il n'existait aucune preuve scientifique claire de l'utilité des stratégies purement informatives telles que la distribution de brochures à l'ensemble des travailleurs d'une entreprise ou à une population de patients.

Le groupe COST B13 (1) a conclu qu'il n'existait pas de preuves suffisantes pour se prononcer pour ou contre la fourniture d'information de nature psychosociale sur le lieu de travail mais que l'information axée sur la promotion de l'activité et l'amélioration des stratégies de coping pouvait favoriser un changement de mentalité positif. Ils ont affirmé que les preuves n'étaient pas assez solides pour recommander l'éducation pour la prévention de la récurrence des congés maladie pour cause de lombalgie.

La revue systématique de Henrotin et al(39) sur le rôle de « l'information dans la gestion de la lombalgie » affirme qu'il existe des preuves solides du fait qu'une brochure accroît les connaissances et des preuves de qualité modérée que les consignes attribuées à un médecin (par exemple grâce à l'insertion de la photo d'un médecin) entraînent une plus grande confiance dans la brochure et un meilleur respect des exercices. Des preuves limitées montrent qu'une brochure de nature biopsychosociale est plus efficace qu'une version biomédicale pour influencer les convictions du patient en ce qui concerne l'activité physique, la douleur et les conséquences des problèmes lombaires. Pour ces auteurs, il existe des preuves solides que les brochures n'ont aucun effet sur l'absentéisme et des preuves mitigées quant à leur efficacité sur le recours aux soins de santé. Il n'est pas prouvé que les discussions par e-mail ou les programmes vidéo seuls sont efficaces pour réduire la lombalgie, l'invalidité et les coûts de soins de santé qui y sont liés.

En résumé, ils concluent qu'une information basée sur le modèle biopsychosocial est recommandée en prévention primaire afin de modifier les convictions des patients (ou travailleurs) à propos de la lombalgie (preuve de qualité modérée). Néanmoins, la communication d'informations ne suffit pas à elle seule à prévenir l'absentéisme et à réduire les coûts des soins de santé.

4.2.3 La mission du MT en ce qui concerne la promotion de politiques et de stratégies de prévention sur le lieu de travail

Interventions ergonomiques physiques et organisationnelles

Deux directives (1;3) et une RS (40) analysent l'effet d'interventions ergonomiques de type physique.

Les auteurs du COST B13 (1) ont d'abord concentré leur travail sur la prévalence et la gravité de la lombalgie, puis sur les lésions du dos et la lombalgie professionnelle.

Les résultats des cinq études (de bonne qualité) sur la prévalence et la gravité de la lombalgie étaient contradictoires. Trois d'entre elles concluaient que les interventions ergonomiques de type physique réduisaient la prévalence et la sévérité de la lombalgie. Les deux autres ne faisaient état d'aucune amélioration à la suite des modifications censées réduire l'exposition aux facteurs de risque physique.

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (34) Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiradeau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka DS et al. Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. Annales de Readaptation et de Médecine Physique 2004 May;47(4):179-89.
- (39) Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B, Bazin T, Duquesnoy B. Information and low back pain management: A systematic review. Spine 2006;31(11):E326-E334.
- (40) Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace : a systematic literature review. Occup Med 2004;54:3-13.



En ce qui concerne la réduction des lésions du dos (signalées), la majorité des études concluent à l'efficacité des interventions ergonomiques de type physique. Une étude n'a pas constaté de réduction du taux de lésions dorsales dans le groupe ayant bénéficié d'une intervention.

Le COST B13 (1) a conclu que les preuves étaient insuffisantes pour recommander des interventions ergonomiques de type physique seules en vue de la prévention de la survenue de la lombalgie. Il existe des preuves de qualité modérée selon lesquelles, pour être efficace, un programme d'ergonomie physique doit avoir une dimension organisationnelle et impliquer les travailleurs mais les preuves sont insuffisantes pour préciser le contenu de telles interventions.

Éducation des travailleurs : programmes d'école du dos

Dans la présente analyse de la littérature, trois directives (1;3;41) et trois revues systématiques (42;44;45) évaluant l'efficacité des écoles du dos ont été identifiées.

La directive COST B13 (1) et les RS de Nachemson (45) et de Heymans (42) ont conclu, sur la base de preuves solides, que les « écoles du dos » basées uniquement sur des informations, des conseils et des instructions biomédicaux/biomécaniques classiques ne sont pas recommandées pour la prévention de la lombalgie.

Dans le cadre de la santé au travail, cependant, une revue systématique Cochrane récente (42) basée sur 19 études randomisées contrôlées a conclu qu'il existait des preuves de qualité modérée suggérant que les écoles du dos pour les lombalgiques dans un contexte professionnel sont plus efficaces que les autres traitements, le placebo ou la mise sur liste d'attente en ce qui concerne la douleur, le statut fonctionnel et la reprise du travail lors d'un suivi à court et moyen terme.

Port de ceintures dorsales ou de soutiens lombaires

Les directives britanniques (12) et COST B13 (1) ont conclu qu'il existait des preuves solides de l'inefficacité des soutiens lombaires dans la prévention primaire de la lombalgie.

Les RS de Tveito (40) et van Poppel (46) ont conclu respectivement à « un manque d'efficacité prouvé » et à « l'absence de preuve de l'efficacité » des ceintures dorsales. La Canadian Task Force on Preventive Health Care (31) a conclu que les preuves existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler des recommandations en faveur ou contre l'utilisation de ceintures dorsales, que ce soit pour la prévention de la lombalgie professionnelle ou pour la réduction de l'incapacité de travail en raison d'une lombalgie professionnelle ; une mise à jour (20) a confirmé l'aspect contradictoire des preuves disponibles.

Une revue systématique Cochrane antérieure (47) avait conclu (à propos des soutiens lombaires) à une preuve de qualité modérée de leur efficacité dans la prévention primaire de la lombalgie. Il n'existe aucune preuve de l'efficacité des soutiens lombaires dans le cadre de la prévention secondaire et les preuves sont limitées en ce qui concerne le traitement de la lombalgie.

Quant à la reprise du travail, van Tulder (47) a conclu qu'il existait des preuves contradictoires selon lesquelles les patients portant un soutien lombaire reprenaient le travail plus rapidement que les patients recourant à un autre type de traitement. Enfin, il n'existe pas de preuves concordantes de l'efficacité des soutiens lombaires en ce qui concerne l'amélioration du statut fonctionnel spécifique de la lombalgie par rapport à d'autres types de traitements.

En résumé, il existe des preuves de qualité modérée de l'inefficacité des soutiens lombaires pour la prévention de la lombalgie et une reprise plus rapide du travail. C'est pourquoi ces dispositifs ne peuvent pas être recommandés.

Utilisation de semelles intérieures, de chaussures souples, d'un revêtement de sol souple ou de tapis anti-fatigue et de semelles orthopédiques/orthèses

Seule la directive COST B13 (1) traite de cet aspect particulier de la prévention de la lombalgie. Les auteurs ont analysé 2 études randomisées contrôlées (48;49) consacrées à l'utilisation de semelles orthopédiques/orthèses parmi du personnel militaire et ont conclu que leur inefficacité était prouvée ; les semelles orthopédiques/orthèses ne sont donc pas recommandées. Il

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (12) Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.
- (20) Ammendolia C, Kerr MS, Bombardier C. Back belt use for prevention of occupational low back pain: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther 2005;28(2):128-34.
- (31) Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF). Use of back belts to prevent occupational low-back pain: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Can Med Assoc J 2003;169(3):213-4.
- (40) Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace : a systematic literature review. Occup Med 2004;54:3-13.
- (41) Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES); 2000.
- (42) Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine 2005 October 1;30(19):2153-63.
- (44) van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MM, Ijzerman MJ. A systematic review of socio-demographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or, back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. Spine 2005 April 1;30(7):813-25.
- (45) Nachemson, A., Carlsson, C. A., Englund, L., Goossens, M., and et al. Back and neck pain. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2000.
- (46) van Poppel MNM, Hooftman VWE, Koes BV. An update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace. Occup Med 2004;54:345-52.
- (47) van Tulder MW, Jellema P, van Poppel MNM, Nachemson AL, Bouter LM. Lumbar supports for prevention and treatment of low-back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).
- (48) Larsen K, Weidich F, Leboeuf-Yde C. Can custom-made biomechanic shoe orthoses prevent problems in the back and lower extremities? A randomized, controlled intervention trial of 146 military conscripts. J Manip Physiol Ther 2002;25(5):326-31.
- (49) Mundermann A, Stefanyshyn DJ, Nigg BM. Relationship between footwear comfort of shoe inserts and anthropometric and sensory factors. Med Sci Sports Exerc 2001;33(11):1939-45.



n'existe aucune preuve scientifique permettant de se prononcer pour ou contre les semelles intérieures, les chaussures souples, les revêtements de sol souples ou les tapis anti-fatigue.

Interventions multidimensionnelles sur le lieu de travail

Deux directives (1;3) et une revue systématique (40) abordent spécifiquement l'effet des interventions multidimensionnelles.

Sur la base de deux RS (40;50), les auteurs du COST B13 (1) affirment que les interventions multidimensionnelles sur le lieu de travail peuvent être recommandées (preuves solides). Toutefois, il n'est pas possible de déterminer quelles sont les meilleures dimensions et dans quelles proportions. Les effets à attendre peuvent être réduits.

La directive britannique souligne également l'importance d'une approche multidimensionnelle. La prévention et la gestion des cas doivent être axées à la fois sur les facteurs physiques et sur les facteurs psychosociaux (niveau de preuve non précisé).

4.2.4 Surveillance de la santé par les MT

A **Prise en charge des travailleurs souffrant d'une lombalgie récidivante**

Évaluation de la situation

◆ Recherche des éventuels drapeaux rouges médicaux

Les Drapeaux rouges servent généralement à exclure toute condition médicale sous-jacente spécifique chez des patients souffrant de douleurs lombaires aiguës.

Les directives européennes COST B13 (1) et ANAES (41) recommandent un dépistage régulier des Drapeaux rouges, même au stade chronique, afin d'exclure toute origine spécifique qui pourrait se révéler ou se développer avec le temps (consensus d'experts). Les Drapeaux rouges n'ont fait l'objet d'une évaluation complète dans aucune revue systématique. Les pathologies graves théoriquement associés aux Drapeaux rouges, comme un néoplasme, une infection et le syndrome de la queue de cheval, sont extrêmement rares (1). En outre, les Drapeaux rouges ne sont pas toujours associés à une pathologie spécifique mais indiquent simplement une plus grande probabilité de pathologie sous-jacente susceptible de nécessiter des examens plus poussés. Une étude récente fait état d'une incidence des tumeurs vertébrales de 0,69% et de 0,12% respectivement dans 33 pratiques universitaires et 18 pratiques privées (pour un total de 19 312 patients).

◆ Imagerie médicale

Ce sujet a été exploré en profondeur par une autre équipe de recherche impliquée dans l'étude KCE sur la base de 35 références (directives et revues systématiques). Des informations détaillées sur cette revue peuvent être extraites du rapport (10), de la page 31 à la page 35. Ses principales recommandations sont également valables pour les lieux de travail, à l'exception de certaines situations mentionnées dans la partie principale de ce document (voir plus haut).

Les points clés sont les suivants :

- En l'absence de drapeaux rouges, les radiographies chez les adultes de 20 à 55 ans souffrant de lombalgie chronique ne sont pas recommandées ;
- La radiographie classique ne constitue pas une bonne procédure de dépistage des fractures de compression, du cancer et des métastases, en raison de sa sensibilité trop faible ;
- Il existe des preuves de qualité modérée que l'IRM ne doit pas être utilisée pour la lombalgie chronique commune ;
- Il existe des preuves de qualité modérée indiquant que l'IRM est la meilleure forme d'imagerie dans le cas de patients souffrant de lombalgie chronique avec symptômes radiculaires ou de ceux chez qui on a de solides suspicions de discite ou de néoplasme. Il existe des preuves de qualité modérée indiquant que l'IRM des facettes articulaires n'est pas une procédure fiable pour le diagnostic différentiel entre une douleur d'origine facettaire et une douleur discogénique ;
- Le scanner n'est pas recommandé chez les patients souffrant de lombalgie chronique ;

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (10) Nielens H., Van Zundert J. Mairiaux P. Gailly J. Van Den Hecke N. Mazina D. Camberlin C. Bartholomeussen S. De Gauquier K. Paulus D. Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.
- (40) Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace : a systematic literature review. Occup Med 2004;54:3-13.
- (41) Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES); 2000.
- (50) Gatty CM, Turner M, Buitendorp DJ, Batman H. The effectiveness of back pain and injury prevention programs in the workplace. Work 2003;20(3):257-66.



- Il existe des preuves de faible qualité de l'efficacité de la scintigraphie et de la tomographie en cas de suspicion d'un diagnostic spécifique ;
- Il existe des preuves de qualité modérée indiquant que la discographie ne constitue pas une procédure fiable pour le diagnostic de la lombalgie chronique.

➤ **Évaluation pronostique sur base des drapeaux jaunes et autres facteurs pronostiques liés au travail**

Les drapeaux jaunes psychosociaux sont considérés comme des facteurs importants pour l'identification des travailleurs courant un risque particulier de développer une douleur chronique et une invalidité (1;3;11;21). Ces directives diffèrent cependant en ce qui concerne le moment où un dépistage explicite de ces facteurs devrait avoir lieu. Le COST B13 suggère d'y recourir pour les patients présentant des épisodes de lombalgie récurrents ou en cas d'épisode qui ne s'améliore pas avec le temps. Lorsque des drapeaux jaunes sont identifiés chez un travailleur atteint de lombalgie, la directive de Nouvelle-Zélande conseille de fournir un message positif; celui-ci semble réduire les coûts de l'invalidité et de l'indemnisation liés à la dorsalgie (preuves modérées).

Lors de l'évaluation d'un travailleur sujet à des douleurs lombaires régulières (ou permanentes), le médecin doit également être attentif à d'autres facteurs pronostiques de chronicité que les drapeaux jaunes (21). Les facteurs pronostiques de chronicité sont cependant toujours controversés si nous considérons les conclusions des publications analysées. Lorsque l'absence maladie est considérée comme une conséquence spécifique, les conclusions tirées de la littérature disponible peuvent être résumées comme suit :

- (1) Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (11) Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB). Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines. Approved guidelines. Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB); 1999 Apr.
- (21) New Zealand Accident Compensation Corporation (ACC). New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. Accident Compensation Corporation (ACC); 2004.
- (23) Hartvigsen J, Lings S, Leboeuf-Yde C, Bakke-teig L. Psychosocial factors at work in relation to low back pain and consequences of low back pain; a systematic, critical review of prospective cohort studies. Occup Environ Med 2004;61(e2):10.
- (24) Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine 2002;27(5): E109-E120.
- (33) Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. [Review] [103 refs]. Disability & Rehabilitation 23(18):815-28, 2001 December 15.
- (34) Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudau S, Fermanian J, Rannou F, Wlodyka DS et al. Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. Annales de Readaptation et de Médecine Physique 2004 May;47(4):179-89.
- (36) Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MV, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. Occup Environ Med 2005 December 1;62(12):851-60.
- (37) Kuijer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. J Occup Rehabil 2006;16(3):439-67.
- (43) Hansson T, Jensen I. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 6. Sickness absence due to back and neck disorders. [Review] [104 refs]. Scandinavian Journal of Public Health Supplement 2004;63:109-51.
- (44) van der Hulst M, Vollenbroek-Hutten MM, IJzerman MJ. A systematic review of socio-demographic, physical, and psychological predictors of multidisciplinary rehabilitation-or; back school treatment outcome in patients with chronic low back pain. Spine 2005 April 1;30(7):813-25.

- Pas de preuve ou preuves incohérentes de l'influence de l'activité professionnelle (fonction), du type de statut (ouvriers par rapport à employés), des exigences du travail en termes de force et de postures que celles-ci soient observées ou rapportées par le travailleur, et de la perception du travail (23;24;33;36;37). Un effet du travail peut cependant être observé lorsque l'on considère une classification plus fine des catégories professionnelles (domaine du transport, ouvriers du bâtiment, par exemple) (33).
- Dans les populations ne présentant pas de lombalgie chronique, les RS de Steenstra et de Shaw renferment des preuves solides que les absences maladie sont de plus longue durée parmi les travailleurs exécutant des travaux lourds ou exerçant une profession exigeante sans possibilité de modification du travail (33;36).
- Chez les patients souffrant de lombalgie aiguë, l'analyse de Steenstra souligne une forte influence de l'âge et du sexe (36) ; l'analyse de Kuijer sur les populations de patients subaigus et chroniques ne fait pas état de ce lien (37).
- Preuves solides du rôle de la détresse psychologique/l'humeur dépressive (24) ainsi que de l'isolement et marginalisation sociaux (36). Ces résultats concordent avec les preuves modérées issues de l'analyse de Fayad (34) concernant le statut psychologique et la dépression. L'analyse de Pincus a également mis en avant une preuve modérée du rôle de la somatisation, de maigres preuves pour l'influence de la peur/l'anxiété, des preuves limitées du rôle de facteurs cognitifs et des preuves limitées du rôle de la personnalité dysfonctionnelle (24).
- Preuves contradictoires quant à l'influence de la satisfaction au travail: selon les cas, preuves solides (34;43), preuves modérées (44), aucune preuve (37), preuve de l'absence de lien avec la durée des absences maladie (36). Les conclusions des directives RCP 2000 et COST B13 considérant la satisfaction au travail soit comme un facteur prédictif important de la durée de l'absence maladie, soit comme l'une des principales caractéristiques organisationnelles associées au taux d'absence maladie, sont donc remises en question par des revues plus récentes.
- L'influence du stress au travail et des composantes du modèle du Job Strain sont remis en question par les dernières analyses en date : influence significative d'un faible soutien sur le lieu de travail (33), preuves modérées de l'absence de lien avec le stress et le soutien social au travail (23), nécessité de preuves supplémentaires (36), absence de preuves concernant les exigences psychologiques et le soutien des collègues (37). Par conséquent, les dernières RS en date n'étaient pas complètement la conclusion du COST B13 (preuves solides)



en ce qui concerne l'influence du soutien social sur le lieu de travail en tant qu'indice de prédiction de la chronicité chez les patients atteints d'une lombalgie aiguë.

En résumé, cette synthèse montre qu'il est plus important d'évaluer des facteurs psychologiques tels que la détresse/l'humeur dépressive et d'identifier les tâches impliquant une charge physique élevée que d'examiner les aspects organisationnels ou le soutien social au travail.

Évaluation complémentaire si le travailleur est absent du travail

• Évaluation de la douleur

Les caractéristiques de la douleur (localisation, intensité, type...) rapportée par le patient doivent être évaluées et certains outils ont été élaborés à cette fin (échelle analogique visuelle, Dallas...). Toutefois, la valeur et l'utilité de ces outils spécialement conçus pour l'évaluation des caractéristiques de la douleur n'ont pas été établies (41); elles reposent sur un consensus des experts.

Très peu de références traitent spécifiquement du sujet de l'évaluation de la douleur dans le contexte de la lombalgie chronique. Dès lors, aucune recommandation précise ne peut être formulée en vue de l'évaluation de la douleur signalée par les patients souffrant de lombalgie chronique.

• Évaluation fonctionnelle

Le statut fonctionnel et le degré d'handicap doivent être évalués dès lors qu'une réduction significative de l'activité physique et une perte d'emploi peuvent être soupçonnées lors de l'anamnèse. De nombreux outils spécifiques ont donc été développés mais seul un nombre limité d'entre eux peuvent être considérés comme suffisamment pertinents. Il n'est pas prouvé que le recours à ces outils apporte un bénéfice aux patients atteints d'une lombalgie chronique.

L'ANAES (41) affirme que les outils les plus courants et les plus fiables sont « Disability Index » d'Oswestry et le Questionnaire « Roland Disability ».

Pour le détail de l'évidence scientifique, consultez le rapport KCE : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228, p. 22-23.

• Examen physique

L'examen physique spécifique du patient souffrant de lombalgie chronique n'est pas bien documenté dans la littérature. Aucun des tests généralement inclus dans l'examen physique des patients souffrant de lombalgie chronique n'a été suffisamment validé.

Les tests palpatoires et les tests de mobilisation ne sont ni fiables ni pertinents. Par ailleurs, la présence d'une lésion accessible à une manipulation demeure hypothétique.

• Informations fournies au patient lors de l'examen clinique

La directive 2 du COST B13 recommande que « les informations données au patient soient fournies dans un langage courant compréhensible par le patient. Les informations seront de préférence communiquées pendant l'examen clinique et lors de l'évaluation de l'imagerie. Les termes tels que les résultats 'positifs' pour une pathologie significative doivent être évités car ils sont souvent difficiles à comprendre pour le patient.

De même, des concepts tels que l'instabilité vertébrale, le déplacement discal, la fracture isthmique (spondylolisthésis) ou encore l'hypermobilité, qui font référence à des troubles mécaniques n'ayant pas encore été définis clairement ni vérifiés par des études expérimentales ou cliniques, doivent être évités ». Une revue systématique récente a conclu que les informations basées sur un modèle biopsychosocial sont recommandées dans le cadre des soins primaires afin de modifier les croyances du patient au sujet de la lombalgie. Dans ce modèle, le message est axé sur les « croyances et attitudes » du patient et souligne l'avantage de rester actif et d'éviter le repos, tout en le rassurant quant au fait qu'il n'y a vraisemblablement rien de grave. Les informations traditionnelles sur l'anatomie, l'ergonomie et des exercices spéciaux pour le dos y sont nettement réduites. Néanmoins, la communication d'informations ne suffit pas à elle seule à prévenir l'absentéisme et à réduire les coûts de soins de santé.

(41) Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES); 2000.



❖ Examen orthopédique et mobilité de la colonne lombaire

Le COST B13 ne traite pas de l'examen clinique. La KNGF (51) recommande un examen clinique axé sur les antécédents et incluant une évaluation anthropométrique (longueur du tronc et des jambes...), des tests de mobilité et de force, ainsi que des tests fonctionnels (par exemple : s'asseoir, pousser).

L'ANAES conseille de procéder à un examen clinique général afin d'exclure toute anomalie orthopédique ou neurologique spécifique. Elle a identifié deux études d'une qualité méthodologique indéterminée visant à établir un score total pour l'examen physique. Une étude de Waddell suggère qu'un score total pour l'examen physique basé sur 8 tests cliniques courants permet de distinguer les patients souffrant de lombalgie chronique des sujets témoins (sensibilité 0,86 ; spécificité 0,76). La seconde étude, réalisée par Llorca (52), suggère qu'un score global de mobilité du tronc obtenu en additionnant plusieurs indices de mobilité du tronc permet de distinguer les patients souffrant de lombalgie des sujets témoins (sensibilité 0,93 ; spécificité 0,95).

❖ Examen neurologique (test de Lasègue)

Deux revues systématiques de grande qualité ont été identifiées par la revue systématique du COST B13 (22;53). Dans la première revue, celle de Deville et al. (53), toutes les études concernaient des séries de cas à un niveau de soins non primaire. D'après le COST B13, « il a été constaté que l'odds-ratio diagnostique global pour le PSLR (Pain during Straight Leg Raising Test) était de 3,74 (95% IC: 1,2-11,4); la sensibilité était élevée avec 0,91 (0,82-0,94), mais la spécificité était faible avec 0,26 (0,16-0,38). L'odds-ratio diagnostique globalisé pour le test PSLR croisé (douleur signalée dans le membre inférieur symptomatique lors de la réalisation d'un PSLR dans le membre controlatéral) était de 4,39 (95% IC 0,74-25,9) avec une sensibilité faible de 0,29 (0,23-0,34) et une spécificité élevée de 0,88 (0,66-0,90). Les auteurs ont conclu que les études ne permettaient pas une évaluation valable de la précision diagnostique du test PSLR ». Ce test ne permet pas à lui seul de diagnostiquer une radiculopathie. Une importante faiblesse méthodologique de cette étude est que la hernie discale avait été choisie comme variable du résultat.

❖ Exercices physiques

Quatre directives (1;3;11;54) et 6 revues systématiques ont analysé l'efficacité de l'exercice physique.

Un résumé des preuves est fourni dans la Partie I du rapport KCE (10), au chapitre « Revalidation/Exercices thérapeutiques ». Dans le contexte professionnel, seules les conclusions concernant des populations de travailleurs souffrant d'une lombalgie subaiguë ou chronique peuvent être pertinentes :

- Il existe un niveau de preuve modéré selon lequel les exercices sont plus efficaces que les soins habituels prodigués par les généralistes ;
- L'effet positif modeste observé à court terme sur l'intensité de la douleur et la fonction peut ne pas être supérieur aux effets des traitements plus conventionnels (tels que la physiothérapie) ;
- Il existe des preuves de qualité faible à modérée en faveur d'une réduction significative du nombre de jours d'arrêt de travail au cours de l'année qui suit le traitement parmi les travailleurs dont les symptômes persistaient plus de 4 semaines (55) ;
- Aucune preuve de la supériorité d'un type d'exercice par rapport à d'autres.

❖ Travail adapté et adaptations ergonomiques du lieu de travail

Quatre directives (1;3;11;21;43) et une revue systématique portent sur le travail adapté.

Indépendamment de la preuve de l'influence spécifique de l'ergonomie physique et organisationnelle sur l'évolution, les experts du COST B13 ont adopté la vision pragmatique de Hadler (56) selon laquelle « le travail doit être confortable lorsque nous nous sentons bien et accommodant lorsque nous sommes malades ». Ils reconnaissent que l'ergonomie joue un rôle dans la conception du travail adapté afin de faciliter la reprise du travail.

L'analyse COST B13 réunissait en un seul groupe plusieurs types d'interventions liées au travail adapté. Avant toute chose, ils reconnaissent que le travail adapté fait souvent partie d'une intervention multidimensionnelle. Par conséquent, les effets distincts de ce type de tra-

- (1) Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (10) Nielens H., Van Zundert J, Mairiaux P, Gailly J, Van Den Hecke N, Mazina D, Camberlin C, Bartholomeeusens S, De Gauquier K, Paulus D, Ramaekers D. Chronic low back pain. Good clinical practice (GCP). Bruxelles: KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé); 2006. Report No.: 48B.
- (11) Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB). Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines. Approved guidelines. Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB); 1999 Apr.
- (21) New Zealand Accident Compensation Corporation (ACC). New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. Accident Compensation Corporation (ACC); 2004.
- (22) Rebain R, Baxter GD, McDonough S. A systematic review of the passive straight leg raising test as a diagnostic aid for low back pain (1989 to 2000). Spine 2002;27(17):E388-E395.
- (43) Hansson T, Jensen I. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 6. Sickness absence due to back and neck disorders. [Review] [104 refs]. Scandinavian Journal of Public Health Supplement 2004;63:109-51.
- (51) Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Lage-rugpijn. Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Lage-rugpijn Supplement bij het Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie 2005.
- (52) Llorca G, Larbre J, Cedoz M, al e. Appréciation rachimétrique de la raideur par le score de mobilité rachidienne. Ann Réadaptation Méd Phys 1999;42:117-24.
- (53) Deville WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine 2000;25(9):1140-7.
- (54) Tugwell P. Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys Ther 2001;81(10):1641-74.
- (55) Kool J, de Bie R, Oesch P, Knusel O, van den Brandt P, Bachmann S. Exercise reduces sick leave in patients with non-acute non-specific low back pain: A meta-analysis. J Rehabil Med 2004;36(2):49-62.
- (56) Hadler NM. Back pain in the workplace. What you lift or how you lift matters far less than whether you lift or when. Spine 1997;22(9):935-40.



vail et des autres composantes de l'intervention ne peuvent pas être démêlés. En deuxième lieu, il existe des variations substantielles dans le contenu d'un « travail modifié ». Les trois catégories prédominantes sont: (1) travail allégé ou restriction de travail ou tâches adaptées; (2) réduction des heures de travail par jour et/ou des jours de travail par semaine et (3) adaptations ergonomiques du lieu de travail. En fonction du système social qui diffère d'un pays à l'autre, le travail adapté peut également inclure une « reprise thérapeutique du travail » (comme au Québec) ou une « période de travail à l'essai ». Il est difficile d'identifier ce qui pourrait être efficace dans ces différents scénarios. Dès lors, il n'est pas prouvé qu'un type quelconque de travail adapté soit supérieur à un autre, mais sur la base de deux études (57;58), le COST B13 a conclu qu'il y avait des arguments (sans que soit précisé le niveau de preuve) en faveur des adaptations ergonomiques du lieu de travail afin de faciliter une reprise du travail. En conclusion, ils ont trouvé des preuves de qualité modérée indiquant qu'un travail adapté temporaire et des adaptations ergonomiques du lieu de travail facilitent la reprise du travail pour les travailleurs souffrant de lombalgie.

Les auteurs de la NVAB (11) et de la RCP 2000 (12) ont conclu que certaines modifications pouvaient faciliter la reprise du travail à un stade précoce (preuves de qualité modérée). La revue systématique SBU 2004 (43) a conclu que des preuves de qualité supérieure montraient qu'une réactivation progressive des patients souffrant d'une lombalgie subaiguë, en association avec une prise en charge de l'attitude face à la douleur, contribuait à limiter les problèmes fonctionnels chroniques et les congés maladie.

Les auteurs de la directive de Nouvelle-Zélande ont conclu que si les exigences physiques du travail du patient étaient trop importantes, des aménagements du lieu de travail pouvaient être nécessaires (preuves solides). Les médecins du travail doivent donc conseiller l'employeur sur la manière de solliciter les conseils d'un spécialiste de la santé au travail, fournir un plan pour une reprise progressive du travail, encourager le maintien d'un contact avec le travail, soutenir la reprise d'activité avec un traitement antalgique, donner si nécessaire des conseils sur l'identification et la gestion des activités qui provoquent la douleur et enfin, prodiguer des conseils sur les changements du rythme, de la durée et de la nature du travail.

❖ Programmes thérapeutiques multidisciplinaires et autres interventions sur le lieu de travail
Les programmes thérapeutiques multidisciplinaires ont été analysés dans une directive (1) et 7 RS (26;40;43;59-62).

L'analyse de Schonstein et al (60), basée sur 18 études randomisées contrôlées (jusqu'en mai 2000), a conclu que pour les travailleurs atteints de lombalgie, il existe des preuves qu'un programme de mise en condition physique – axé sur le travail (revalidation fonctionnelle/conditionnement/réentraînement au travail) incluant une approche cognitivo-comportementale et mis en oeuvre soit sur le lieu de travail soit en collaboration avec l'entreprise est plus efficace que les soins ou les conseils habituellement prodigués par le généraliste pour réduire le nombre de jours de maladie au cours d'un suivi de 12 mois (de 45 jours en moyenne ; IC : 3- 88). L'analyse de Tveito et al (40) a abouti à des conclusions similaires, avec des preuves de qualité modérée. Ces auteurs ont ajouté qu'aucun effet documenté n'avait été identifié en ce qui concerne les coûts de ces interventions. Ils ont également observé un effet positif (preuve de faible qualité) sur la prévention de nouveaux épisodes de lombalgie. Dans une revue systématique moins récente, Karjalainen et al. (62) ont sélectionné des études réalisées auprès d'adultes en âge de travailler et visant à prévenir la transition de la lombalgie subaiguë à la lombalgie chronique ; seules les deux études réalisées dans une usine d'assemblage Volvo d'une part et à Sherbrooke (Québec) d'autre part correspondaient à ces critères. En raison de certaines lacunes dans les études, ils ont conclu qu'il n'existait que des preuves de qualité modérée indiquant qu'une réadaptation multidisciplinaire, comprenant une visite du lieu de travail ou une intervention plus complète de la médecine du travail, aide les patients à reprendre le travail plus rapidement, diminue le nombre d'absences maladie et réduit l'incapacité fonctionnelle subjective. Des conclusions concordantes ont été formulées dans la revue systématique de Nielson et al (59). Pour ces auteurs, les traitements biopsychosociaux multimodaux incluant des éléments cognitivo-comportementaux et/ou comportementaux sont efficaces en cas de lombalgie chronique et d'autres douleurs musculo-squelettiques jusqu'à 12 mois (preuve de qualité modérée). La revue suédoise (43)

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (11) Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB). Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines. Approved guidelines. Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB); 1999 Apr.
- (12) Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.
- (26) Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).
- (40) Tveito TH, Hysing M, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace : a systematic literature review. Occup Med 2004;54:3-13.
- (43) Hansson T, Jensen I. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 6. Sickness absence due to back and neck disorders. [Review] [104 refs]. Scandinavian Journal of Public Health Supplement 2004;63:109-51.
- (57) Loisel P, Abenhaim I, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. Spine 1997;22(24):2911-8.
- (58) Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HC, Van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. Occup Environ Med 2004;61(4):289-94.
- (59) Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. Clin J Pain 2001;17(4 Suppl):S114-S127.
- (60) Schonstein E, Kenny D, Keating J, Koes B, Herbert RD. Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. Spine 2003;28(19):E391-E395.
- (62) Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).



a elle aussi conclu qu'il existait des preuves solides de l'efficacité d'un traitement multidisciplinaire pour soulager la douleur et améliorer sur le plan fonctionnel les patients souffrant d'une lombalgie chronique sévère et de longue durée.

Les RS de Guzman et al (26;61) appellent un commentaire : ces auteurs ont sélectionné des études randomisées contrôlées où le reconditionnement physique jouait un rôle dominant et qui étaient axées sur des patients adultes souffrant d'une lombalgie invalidante depuis plus de 3 mois. Pour ces raisons, seules 3 des 10 études randomisées analysées avaient également été étudiées lors de la revue systématique de Schonstein (60). Les 10 études randomisées contrôlées fournissent des preuves modérées à solides qu'une revalidation intensive (plus de 100 h) et une réadaptation biopsychosociale multidisciplinaire incluant un programme de restauration fonctionnelle réduisent la douleur et améliorent la fonction des patients souffrant de lombalgie. Les interventions moins intensives (moins de 30 h) ne débouchaient pas sur une amélioration des variables cliniquement pertinentes. Cette analyse inclut cependant certains résultats contradictoires en termes de congés maladie. Les auteurs ont également insisté sur le manque de données concernant la rentabilité des interventions en question.

La revue systématique d'Ostelo et al. (63) apporte une contribution originale en analysant l'impact des programmes thérapeutiques multidisciplinaires chez des sujets ayant subi une intervention de chirurgie discale. Les auteurs concluent qu'il existe des preuves solides d'un effet à court terme des programmes d'exercices intensifs (du moins s'ils sont entamés dans les 4 à 6 semaines suivant l'intervention chirurgicale) sur le statut fonctionnel et une reprise plus rapide du travail ; à moyen terme (12 mois) cependant, un programme intensif ne donne pas de meilleurs résultats qu'un programme modéré en ce qui concerne l'amélioration clinique globale des patients. La même RS n'a trouvé aucune preuve montrant que de tels programmes augmentent le taux de réopération. De même, aucune preuve ne laisse penser que les patients doivent restreindre leurs activités après une intervention sur le disque lombaire. Toutefois, les données analysées n'indiquent pas de quoi devrait se composer la revalidation post-opératoire ni quel délai optimal devrait être respecté après l'opération.

La directive COST B13 affirme, sur la base de la RS de Karjalainen, que les programmes thérapeutiques multidisciplinaires sur le lieu de travail peuvent constituer une option pour les travailleurs souffrant d'une lombalgie subaiguë et en congé maladie depuis plus de 4 à 8 semaines. Ils ont conclu qu'il existait des preuves solides de l'efficacité des interventions biopsychosociales multidisciplinaires en termes de reprise du travail et de volonté de travailler. Pour la lombalgie chronique, les recommandations de la directive se basent sur les deux RS de Schonstein et Guzman décrites plus haut. Après avoir constaté qu'il existait des preuves solides en faveur de l'efficacité de ces programmes sur la douleur, le statut fonctionnel, la reprise du travail et les absences maladie, le groupe d'experts recommande ces programmes psychosociaux multidisciplinaires pour les patients atteints de lombalgie chronique lorsque les traitements monodisciplinaires ne sont pas efficaces.

❖ **Conseiller de rester actif et de poursuivre ses activités habituelles**

Cette question a été examinée par la plupart des directives sélectionnées (1;3;11;21;54;64). À l'exception de la RS éliminée en raison d'un problème de méthodologie identifié par le Cochrane Back Review Group (65), nous n'avons trouvé aucune RS traitant de ce sujet.

Les directives recommandent d'encourager les travailleurs à rester actifs et à reprendre le travail pour poursuivre leurs tâches habituelles (preuves solides dans les COST B 13, RCP 2000 et Philadelphia Panel 2001 (54) et sans niveau de preuve pour les NVAB 1999, ACC 2004 et FMH 1997 (64)). Les auteurs de l'ACC 2004 (21) concluent par ailleurs qu'il est nécessaire que l'individu reste actif et continue à travailler si possible, même pendant une petite partie de la journée seulement ; cela contribuera à préserver les habitudes de travail et les relations professionnelles.

❖ **Programmes de retour au travail**

Cinq directives et six revues systématiques (1;3;11;21;64) s'intéressent aux concepts de retour au travail et certaines analysent l'efficacité des interventions visant une reprise du travail plus précoce.

La RCP 2000 (12) fournit un commentaire très intéressant pour le concept de retour au travail. Comme le soulignent ces auteurs, les préoccupations concernant un retour au travail

- (1) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. European guidelines for prevention in low back pain : COSTB 13 ; Chapter 2. November 2004. Eur Spine J 2006;15 Suppl 2:S136-S168.
- (3) Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. Occup Med 2001;51(2):124-35.
- (11) Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB). Management of low back workers by the occupational physician. Approved guidelines. Approved guidelines. Dutch Association of Occupational Medicine (NVAB); 1999 Apr.
- (21) New Zealand Accident Compensation Corporation (ACC). New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain. Accident Compensation Corporation (ACC); 2004.
- (26) Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).
- (54) Tugwell P. Philadelphia panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys Ther 2001;81(10):1641-74.
- (60) Schonstein E, Kenny D, Keating J, Koes B, Herbert RD. Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. Spine 2003;28(19):E391-E395.
- (61) Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. Br Med J 2001;322(7301):1511-6.
- (63) Ostelo RWJG, van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).
- (64) Fédération des Médecins Suisses. Lombalgies: recommandations pour le diagnostic et la prise en charge - Algorithmes 1 à 4. Berne: Fédération des Médecins Suisses (FMH); 1997.
- (65) Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low-back pain and sciatica [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(2).



avec des symptômes résiduels émanent souvent des travailleurs eux-mêmes, de leurs représentants, des professionnels de soins de santé primaires, des médecins conseil et des spécialistes de la médecine du travail ainsi que des superviseurs et de la direction, particulièrement si la lombalgie est attribuée au travail et si l'on craint un risque de se blesser à nouveau.

Si les directives ACC 2004 et NVAB 1999 encouragent les politiques de reprise du travail en termes généraux, la RCP 2000 et le COST B13 insistent sur la nécessité d'une intervention précoce lors de la phase subaiguë de la lombalgie.

Comme l'affirme le COST B13, « plus le travailleur reste longtemps sans travailler en raison de sa lombalgie, moins il a de chances de reprendre un jour le travail ». La plupart des interventions cliniques sont plutôt inefficaces pour une reprise du travail une fois que les travailleurs sont restés sans travailler pendant une période prolongée.

À l'inverse, la revue d'Elders (29) souligne qu'une intervention favorisant la reprise du travail ne doit pas avoir lieu trop tôt au cours de l'évolution de la lombalgie mais de préférence après 60 jours. Cette revue précise également que les résultats en ce qui concerne la reprise du travail sont meilleurs pour les interventions combinant exercices, reconditionnement physique et formation aux techniques de levage avec une intervention éducative du type école du dos.

La revue de Meijer (66) montre que les preuves de l'efficacité des stratégies de retour au travail sont essentiellement limitées à la population atteinte de lombalgie et beaucoup moins importantes pour les autres troubles musculo-squelettiques non spécifiques. Dans leur analyse, les auteurs concluent que 12 programmes n'ont eu aucun effet sur la reprise du travail, sept ont eu un effet positif et trois un effet positif dans certains sous-groupes.

Les deux analyses les plus récentes (67;68) présentent la meilleure qualité de preuve en faveur d'interventions pour le retour au travail organisées dans le milieu de travail. Dans la revue de Hlobil (68), les interventions en cas de lombalgie subaiguë ont été comparées aux soins habituels. Cette revue a conclu à des preuves de grande qualité de l'efficacité sur le taux de reprise du travail avec un suivi de 6 mois mais les résultats à 12 mois sont contradictoires. Des preuves de grande qualité ont également été trouvées en ce qui concerne la réduction du nombre de jours d'absence du travail à 12 mois et plus tard, entre 2 ans et 6,4 ans de suivi. En ce qui concerne l'amélioration du statut fonctionnel ou de la douleur, les résultats étaient contradictoires.

Dans la revue de Franche (67), 10 études de grande qualité ont été incluses et les auteurs ont conclu que la durée de l'incapacité de travail était réduite de manière significative par les propositions d'adaptation du travail et un contact entre le prestataire de soins de santé et le milieu de travail (preuve solide). La durée de l'incapacité était également réduite par des interventions incluant un contact précoce avec le travailleur à l'initiative de l'employeur, une étude ergonomique du poste de travail et la présence d'un coordinateur de reprise du travail (preuves de qualité modérée). Comme dans la revue de Hlobil (27), il existait une preuve faible de l'impact positif de l'intervention de reprise du travail sur la douleur et le statut fonctionnel. Les preuves étaient insuffisantes en ce qui concerne l'impact d'une reprise du travail en surnuméraire.

Un dernier point d'intérêt dans un contexte professionnel est abordé par la revue de Kuijjer et al (37) qui apporte une preuve cohérente du fait que l'espoir de guérison du travailleur constitue un indice prédictif de la décision de reprendre le travail ; des observations similaires se retrouvent dans la revue COST B13. Ces résultats laissent penser que le MT devrait poser cette question au travailleur de manière systématique lorsque la reprise du travail est envisagée dans un futur proche ou lointain.

- (12) Royal College of general practitioners/Faculty of Occupational Medicine (RCM/FOM). Occupational health guidelines for management of low back pain at work: Evidence Review and Recommendations. 2000 Mar.
- (27) Carey TS, Garrett JM, Jackman AM. Beyond the good prognosis. Examination of an inception cohort of patients with chronic low back pain. *Spine* 2000;25(1):115-20.
- (29) Elders LAM, van der Beek AJ, Burdorf A. Return to work after sickness absence due to back disorders - A systematic review on intervention strategies. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2000;73(5):339-48.
- (37) Kuijjer W, Groothoff JW, Brouwer S, Geertzen JH, Dijkstra PU. Prediction of sickness absence in patients with chronic low back pain: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2006;16(3):439-67.
- (66) Meijer EM, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Evaluation of effective return-to-work treatment programs for sick-listed patients with non-specific musculoskeletal complaints: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 2005 August;78(7):523-32.
- (67) Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil* 2005;15(4):607-31.
- (68) Hlobil H, Staal JB, Spoelstra M, Ariens GA, Smid T, Van Mechelen W. Effectiveness of a return-to-work intervention for subacute low-back pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2005 August;31(4):249-57.



4.3 Éléments clés de l'évaluation AGREE

- ❖ Champ d'application et but
 - L'objectif ou les objectifs généraux de la directive sont décrits de manière spécifique.
 - La ou les questions cliniques abordées par la directive sont décrites de manière spécifique.
 - Les patients à qui la directive doit être appliquée sont décrits de manière spécifique.
- ❖ Implication des parties intéressées
 - Le groupe d'élaboration de la directive inclut des individus appartenant à toutes les catégories professionnelles pertinentes.
 - Les opinions et les préférences des patients ont été explorées.
 - Les utilisateurs cibles de la directive sont clairement définis.
 - La directive a été testée parmi les utilisateurs cibles.
- ❖ Rigueur du développement
 - Des méthodes systématiques ont été appliquées afin de collecter l'évidence.
 - Les critères de sélection des preuves sont décrits de manière claire.
 - Les méthodes utilisées pour la formulation des recommandations sont décrites de manière claire.
 - Les avantages pour la santé, les effets secondaires et les risques ont été pris en considération lors de la formulation des recommandations.
 - Il existe un lien explicite entre les recommandations et les preuves sur lesquelles celles-ci se fondent.
 - La directive a fait l'objet d'une révision externe par des experts avant sa publication.
 - Une procédure d'actualisation de la directive est prévue.
- ❖ Clarté et présentation
 - Les recommandations sont spécifiques et sans ambiguïté.
 - Les différentes possibilités de prise en charge de la pathologie sont présentées de manière claire.
 - Les recommandations clés sont facilement identifiables.
 - La directive est renforcée par des outils en vue de son application.
- ❖ Applicabilité
 - Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont fait l'objet de discussions.
 - Les implications financières potentielles de l'application des recommandations ont été envisagées.
 - La directive présente des critères de révision clés à des fins de surveillance et/ou d'audit.
- ❖ Indépendance éditoriale
 - La directive est indépendante du point de vue éditorial de l'organe qui la finance.
 - Les conflits d'intérêts des membres du groupe d'élaboration de la directive ont été considérés.