

Les programmes de « retour au travail » pour travailleurs
lombalgiques

Revue de la littérature scientifique

Professeur Philippe Mairiaux
Ecole de santé publique, Université de Liège

(mise à jour – janvier 2005)

(Document publié dans la revue de l'INRS «Documents pour le médecin du travail ; 101 : 23-29, 2005 »)

I. Les bases scientifiques des programmes proposés

Le maintien dans l'emploi des travailleurs souffrant du dos et la prévention de la lombalgie chronique constituent une préoccupation croissante des responsables de santé publique en raison des coûts élevés que cette problématique de santé génère pour la collectivité..

Pour faire face à ce problème majeur de santé publique, la littérature scientifique, s'appuyant sur des exemples surtout scandinaves et nord-américains, mentionne plusieurs types d'action possibles (1, 2, 3, 4) :

- Prise en charge médicale précoce et adéquate de la lombalgie en phase aiguë
- Reclassement temporaire du travailleur lombalgique dans un travail « léger » ou « adapté »
- Mise sur pied d'écoles du dos
- Insertion du patient lombalgique dans un programme structuré de réadaptation intensive.

La présente mise à jour rappelle les fondements des approches préventives développées en matière de lombalgie depuis le milieu des années 1980 et passe en revue les nouvelles données apparues dans la littérature depuis le début de l'année 2000. Cette revue est centrée sur la question suivante : comment prévenir la lombalgie chronique, ou plus exactement comment éviter qu'une lombalgie aiguë n'évolue vers un caractère chronique ou récurrent ? Comme l'illustre en détail le texte ci-après, les données publiées indiquent que deux axes d'action très concrets s'offrent aux professionnels de la santé :

- Une prise en charge adéquate du patient dès l'apparition d'un épisode aigu de lombalgie ([voir partie A](#)).
- La participation du patient à un programme de « retour au travail » si la lombalgie persiste et si l'arrêt de travail se prolonge au-delà de la 3^e ou 4^e semaine ([voir partie B](#)).

Une dernière question fréquemment soulevée est celle de la place d'une intervention de type « école du dos » ; elle est traitée dans un document séparé ([voir partie C](#)).

Une bibliographie détaillée relative à ces questions est également disponible ([voir partie D](#))

A. La prise en charge de la lombalgie aiguë – bilan des recommandations de bonne pratique

Pourquoi insister sur une prise en charge médicale correcte au stade aigu ? Parce que des données scientifiques convergentes montrent qu'une attitude médicale inadéquate dans les premiers jours suivant le déclenchement de la lombalgie peut, chez certains sujets, favoriser une évolution ultérieure défavorable.

Les « Clinical guidelines for the management of acute low back pain » publiées au Royaume-Uni constituaient en 1996 (5) une excellente synthèse de l'évidence scientifique disponible pour définir la démarche à suivre face à un épisode aigu de lombalgie. Cette démarche peut être résumée dans les quelques éléments clés suivants :

- le repos au lit pendant une période de 2 à 7 jours est moins efficace qu'un placebo ou que la poursuite des activités habituelles si l'on considère la régression de la douleur, la rapidité de la récupération et la reprise du travail ;
- la recommandation de poursuivre les activités habituelles a pour résultat une récupération symptomatique équivalente sinon plus rapide et diminue la durée de l'absentéisme maladie et la probabilité d'invalidité chronique ;
- le patient doit être encouragé à rester aussi actif que possible, à poursuivre ses activités quotidiennes, et à accroître progressivement son niveau d'activité physique sur une période de quelques jours ou quelques semaines ;
- lorsque le patient n'a pas repris le travail après 6 semaines d'arrêt, il faut lui proposer de participer à un programme de réadaptation intensive.

Par rapport à ces éléments, les conclusions de quatre revues plus récentes de la littérature méritent d'être mentionnées :

- la "Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica" (Hagen et al, 2000)
- le rapport de la Paris Task Force on back pain, « Place de l'activité dans la prise en charge thérapeutique des rachialgies » (Abenham et al, 2000)
- la "Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica", Hagen et al., 2002.
- les conclusions du groupe d'experts de l'action COST B13 soutenue par la commission européenne (2004)

Les conclusions de la revue d'Hagen et al (2000) sont basées sur les essais cliniques publiés jusqu'en décembre 1998 (9 essais, 1435 patients) et peuvent être synthétisées comme suit (6) :

En cas de lombalgie aiguë,

- Comparé au conseil de rester actif, le repos au lit a au mieux de faibles effets cliniques (sur la douleur, le statut fonctionnel), et au pire peut avoir de faibles effets nocifs ;
- Que le patient présente ou non une sciatique, les différences entre ces deux attitudes thérapeutiques sont faibles ;
- Les différences observées sont faibles également entre la recommandation de 7 jours de repos au lit, et celle limitant le repos à 2 ou 3 jours.

Les conclusions de la seconde revue d'Hagen et al (2002) sont basées sur les essais cliniques publiés jusqu'en décembre 1998 (4 essais, 491 patients) et peuvent être synthétisées comme suit (7) :

- Le conseil de « rester aussi actif que possible » en tant que modalité thérapeutique exclusive (ou principale) apporte un léger bénéfice aux patients ayant une simple lombalgie aiguë, et peu ou pas de bénéfice à ceux qui présentent une irradiation sciatique ;
- Le conseil de « rester aussi actif que possible » n'a pas d'effet nocif ni en cas de lombalgie simple, ni en cas de sciatique ;

- Vu l'absence de différences importantes entre la recommandation de « rester aussi actif que possible » et celle de garder le repos au lit, et tenant compte des conséquences potentiellement nocives d'un repos au lit prolongé, il est raisonnable de recommander de rester actif aux patients souffrant d'un lumbago aigu, avec ou sans sciatgie associée.

Le rapport de la « Task Force » parisienne sur la lombalgie (8) poursuit un objectif quelque peu différent dans la mesure où ses membres souhaitaient proposer des recommandations scientifiquement fondées qui prennent en compte les difficultés d'application de telles recommandations dans la vie concrète, tant pour les patients que pour les médecins traitants. A cet effet, le rapport distingue 4 profils cliniques de patients :

- Profil 1 : lombalgie sans irradiation ;
- Profil 2 : lombalgie avec irradiation n'allant pas au-delà du genou ;
- Profil 3 : lombalgie avec irradiation au-delà du genou mais sans signes neurologiques ;
- Profil 4 : lombalgie avec irradiation dans un dermatome bien défini de la jambe, avec ou sans signes neurologiques associés.

Les conclusions du rapport basées sur l'analyse systématique d'une sélection de 47 articles (sur un total de 150) publiés entre janvier 1996 et juillet 1997, peuvent être résumées comme suit pour les *patients souffrant d'une lombalgie à sa phase aiguë (0-4 semaines)*

- Pour les patients des profils 1, 2, et 3, le « repos au lit » ne doit pas être imposé ni prescrit mais il peut être autorisé si la douleur le rend nécessaire. Dans cette éventualité, il doit être le plus court possible et être de nature intermittente plutôt que permanente. Après 3 jours de repos au lit, le patient doit être fortement encouragé à reprendre ses activités ;
- Les patients des profils 1, 2, et 3, doivent être fortement encouragés à maintenir ou reprendre leurs activités habituelles, dans la mesure où la douleur le permet ;
- Pour les patients du profil 4 et tenant compte de l'absence de données scientifiques spécifiques à cette catégorie, les experts font la recommandation suivante : les patients avec une douleur suffisamment intense que pour justifier le repos au lit doivent faire l'objet d'un bilan « lombalgie » spécialisé s'ils n'ont pas commencé à reprendre progressivement les activités de la vie quotidienne après 10 jours de repos au lit strict (se lever seulement pour aller aux toilettes) et un traitement antalgique adéquat. L'expression « activités de la vie quotidienne » désigne habituellement les activités suivantes : s'habiller, se laver, monter et descendre les escaliers, faire ses courses, manger à table, préparer les repas, ramasser des objets, faire le ménage,...
- En l'absence de données suffisantes, le groupe d'experts ne peut qu'autoriser (à défaut de recommander) la reprise du travail.

Pour les *patients souffrant d'une lombalgie en phase subaiguë (4-12 semaines)*, le groupe d'experts formule les conclusions suivantes :

- Encourager les patients présentant une lombalgie subaiguë intermittente ou récidivante à suivre un programme actif d'exercices ;
- Recommander aux patients, quel que soit leur profil clinique, de maintenir ou de reprendre progressivement leurs activités habituelles, activités de travail y compris, dans la mesure où la douleur résiduelle le permet.

Enfin, la contribution la plus récente dans ce domaine est la synthèse réalisée par un groupe d'experts européens réunis dans le cadre de l'action COST B13. Cette synthèse des données de la littérature confirme pour l'essentiel les recommandations détaillées ci-dessus ; elle a débouché sur la formulation des « European guidelines for the management of nonspecific acute low back pain in primary care » (2004). Ces recommandations sont consultables dans leur intégralité sur le site www.backpaineurope.org .

B. Les programmes de prévention secondaire, ou programmes de « retour au travail »

Caractéristiques

Le principe essentiel est de mettre en place une intervention précoce vis-à-vis du travailleur souffrant du dos avant qu'un processus de chronicisation de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle n'ait pu s'installer durablement. Cette approche a été formalisée pour la première fois en 1987 par le rapport du groupe d'experts internationaux présidé par le Prof. Spitzer (9) ; ce rapport proposait un modèle de prise en charge clinique de la lombalgie comportant différents degrés d'intervention diagnostique et thérapeutique selon l'évolution du patient, 4 semaines, 7 semaines, et 3 mois après le déclenchement de la douleur.

Un tel schéma a notamment fait l'objet d'une mise en oeuvre à grande échelle au Canada par l'organisme de couverture des accidents du travail de l'Ontario (10). L'« Ontario rehabilitation program » s'adressait à des accidentés du travail encore en incapacité de travail et ceux-ci pouvaient être inclus dans le programme dès la 3^e semaine suivant l'épisode aigu et jusqu'au 70^e jour après l'accident. Ce programme, d'une durée de 3 semaines (84h au total) met en oeuvre un entraînement aérobique d'une part, et une musculation progressive d'autre part. Les résultats obtenus sur 703 patients montrent, par comparaison avec 703 témoins, une reprise plus précoce du travail et un rapport efficacité/coût nettement favorable (10). Le programme développé en Belgique dans l'entreprise Cockerill Sambre (11) s'est inspiré largement de ce programme canadien.

D'autres initiatives répondant à la même philosophie d'approche ont été développées depuis dans différents pays et certaines d'entre elles constituent d'excellents exemples des modalités possibles et des résultats potentiels d'une intervention centrée sur le milieu du travail :

- le programme de revalidation mis en oeuvre au sein des usines Volvo de Göteborg (12) à l'intention des ouvriers en arrêt pour lombalgie depuis 8 semaines au moins a montré que la durée médiane de la prise en charge médicale avant la reprise du travail a été de 35 jours dans le groupe (n = 51) ayant bénéficié d'un programme d'activité progressif (« graded activity program »), et de 61 jours dans le groupe témoin (n = 52) qui suivait le traitement habituel défini par le médecin traitant (différence significative à $p < 0.01$ parmi les ouvriers masculins ; écart non significatif chez les femmes)
- le programme mis en oeuvre au sein d'un réseau de 35 entreprises (comptant au moins 175 travailleurs) dans la région de Sherbrooke au Québec (13, 14) ; ce programme s'adressait à tous les travailleurs absents du travail (ou en travail adapté) à cause d'une lombalgie depuis 4 semaines au moins et 3 mois au plus. Sur le plan méthodologique, l'étude de Loisel et al. (14) constitue la démonstration la plus rigoureuse de l'effet combiné d'une intervention structurée de revalidation et d'une intervention dans le milieu de travail du travailleur lombalgique. La combinaison de ces deux modalités d'intervention s'est traduite par un raccourcissement significatif ($p = 0,02$) du délai nécessaire à la reprise du travail habituel (médiane = 60 jours) par rapport aux sujets témoins bénéficiant des soins médicaux habituels (médiane = 120 jours). Les données de cette étude suggèrent que les résultats positifs observés doivent être attribués plus à l'intervention dans le milieu de travail du patient qu'au programme de revalidation proprement dit.

Impact de ces programmes (données publiées depuis 2000)

Par rapport à ces éléments déjà bien connus, il est utile de décrire et commenter les conclusions de trois revues de littérature et celles de trois études originales récemment publiées :

- "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults (Cochrane Review)" (Karjalainen et al, 2001) (15)
- "Work conditioning, work hardening, and functional restoration for workers with back and neck pain (Cochrane review)" (Schonstein et al 2002) (16)
- "Rehabilitation after lumbar disc surgery (Cochrane review)", (Ostelo et al, 2003) (17)
- Economic evaluation of a behavioral-graded activity program compared to physical therapy for patients following lumbar disc surgery, Ostelo et al. 2004
- Graded activity for low back pain in occupational health care, Staal et al. 2004
- The Amsterdam Sherbrooke evaluation study, Anema et al. 2004

Revue de la littérature

Les conclusions de la revue de Karjalainen et al (2001) sont basées sur les études publiées jusqu'en novembre 2002. Sur un total de 1808 abstracts examinés, seules deux études satisfaisaient aux critères méthodologiques fixés et au champ défini pour la revue. Pour être pris en considération, le programme de révalidation devait être multidisciplinaire et comporter une consultation médicale associée à une intervention psychologique, sociale ou professionnelle (ou une combinaison de celles-ci), et le patient devait souffrir d'une lombalgie subaiguë (plus de 4 semaines et moins de trois mois de douleur). Les conclusions des deux études retenues peuvent être synthétisées comme suit (15) :

- une révalidation multidisciplinaire aide les patients à reprendre le travail plus tôt, réduit les absences ultérieures et diminue chez le patient l'handicap fonctionnel perçu ;
- une visite du milieu du travail du patient accroît l'efficacité du programme ;
- l'évidence scientifique en ce sens est modérée (les études présentant certains biais potentiels) et des essais de plus haute qualité sont nécessaires dans ce domaine.

Il faut préciser la nature de l'intervention en milieu du travail évoquée dans cette revue : il s'agit selon les cas d'une analyse ergonomique de la situation de travail, ou de l'implication du superviseur de la victime dans la préparation du retour au travail avec la participation du médecin du travail.

Pour apprécier pleinement les implications concrètes de la revue de Karjalainen et al (15), il faut également souligner que l'inclusion du travailleur lombalgique dans un programme intensif de réadaptation à caractère multidisciplinaire ne doit pas intervenir trop tôt après l'épisode aigu. Les études épidémiologiques relatives à l'histoire naturelle de la lombalgie indiquent en effet que les trois quart environ des patients récupèrent spontanément leur capacité de travail dans les 4 semaines suivant l'épisode aigu ; il y a donc intérêt à laisser agir les mécanismes naturels de récupération. L'inclusion trop précoce des travailleurs souffrant du dos suite à un accident de travail dans un schéma de réadaptation intensive n'est pas recommandée sur le plan du rapport efficacité/coût. L'organisme assureur de l'Ontario en a fait l'expérience lorsque, s'appuyant sur les résultats très positifs de son expérience pilote (10), il a autorisé l'admission dans son programme de travailleurs lombalgiques dès les premiers jours suivant l'accident (18). L'inclusion dans ce type de programme ne sera donc envisagée, en règle générale, qu'après un minimum de 4 semaines, voire six semaines, d'arrêt de travail.

L'objet de la revue de Schonstein et al (2002) est différent de celui de la revue précédente : il s'agissait de comparer l'efficacité, en termes de réduction de l'absentéisme maladie et d'amélioration du statut fonctionnel, de programmes de conditionnement physique (capacité aérobie, force musculaire et endurance, coordination motrice) par rapport à des stratégies de prise en charge ne comportant pas d'action sur la condition physique du patient lombalgique. Les auteurs ont analysé 18 études cliniques randomisées publiées avant le 31 mai 2000 et leurs conclusions peuvent être résumées comme suit (16) :

- pour des travailleurs avec une lombalgie chronique, les programmes intensifs de reconditionnement physique qui comportent une approche cognitivo-comportementale peuvent réduire le nombre de jours perdus dans les 12 mois suivant le programme, de 45 jours en moyenne, par rapport à une prise en charge classique par le médecin traitant ; ces conclusions ne s'appliquent pas à la phase aiguë de la lombalgie ;
- en l'absence de la composante cognitivo-comportementale, il y a cependant peu d'éléments probants en faveur ou en défaveur d'un programme d'exercices afin de réduire les jours d'absence pour lombalgie ; ce constat s'applique aussi bien à la lombalgie aiguë qu'à la lombalgie chronique

L'objet de la revue d'Ostelo et al (2003) concerne la problématique spécifique de la révalidation à proposer aux patients ayant subi, pour la première fois, une intervention de chirurgie discale. La revue a porté sur les études randomisées et les essais cliniques contrôlés (mais non randomisés) publiés à ce sujet jusqu'en avril 2000. Treize études ont été analysées dont 6 jugées de haute qualité. Les conclusions peuvent être résumées comme suit (17) :

- aucun élément probant ne plaide en faveur d'une restriction d'activité après l'intervention chirurgicale ;
- il y a de façon incontestable un effet favorable à court terme des programmes de révalidation (débutant entre la 4^e et la 6^e semaine post-opératoire) sur l'amélioration du statut fonctionnel et sur le raccourcissement du délai avant la reprise du travail ; cet effet est significativement plus important avec un programme intensif qu'avec un programme d'intensité modérée ;

- à long terme (12 mois), l'évidence en faveur des programmes intensifs par rapport aux programmes légers ou même aux soins usuels est qualifiée de modérée ou limitée ;
- aucun élément n'indique que les programmes intensifs favoriseraient une augmentation du taux de réintervention ;
- aucune étude ne permet de préciser le délai optimal à respecter après l'opération avant de commencer la revalidation intensive.

Parmi les études ayant fait l'objet de cette revue figure une étude belge (19), qui montre qu'un dialogue entre le médecin-conseil de l'organisme assureur et le patient encourageant une mobilisation précoce et une reprise des activités, peut favoriser une reprise du travail significativement plus précoce que celle observée dans le groupe témoin (10,1 % et 18,1 % des patients respectivement encore en arrêt de travail 52 semaines après l'intervention ; $p < 0,002$).

Etudes originales récentes

L'étude de Staal et al (20) a été réalisée dans le cadre du service de médecine du travail de la compagnie KLM à l'aéroport de Schiphol de 1999 à 2001. Cette compagnie emploie environ 20.000 personnes sur le site de Schiphol et certaines catégories de travailleurs, telles que les bagagistes, sont particulièrement exposées à des facteurs de risque biomécaniques. Le programme consistait, comme dans le cas des usines Volvo (12), en un programme de reconditionnement physique progressif organisé au sein de l'entreprise et proposé à des travailleurs absents de leur travail habituel pour lombalgies depuis au moins 4 semaines. Un total de 134 travailleurs correspondant à ce critère ont été répartis, selon un système d'allocation au hasard, soit dans le groupe « exercice », soit dans le groupe témoin bénéficiant des soins médicaux habituels. Les résultats obtenus après 6 mois de suivi, montrent que la durée médiane de la prise en charge médicale avant reprise du travail a été de 58 jours dans le groupe « exercice » ($n = 67$), et de 87 jours dans le groupe témoin ($n = 67$) suivant le traitement médical usuel (différence significative à $p < 0,009$).

L'étude de Anema et al (21) avait pour objectif de valider, dans le contexte du système médico-social des Pays-Bas, le modèle dit de Sherbrooke proposé et appliqué au Québec par l'équipe du Pr Loisel (14). Cette étude d'envergure a été conduite avec la participation de 13 services de santé au travail (« Arbodienst ») et au sein de ceux-ci de 99 médecins du travail ; la population totale couverte par ces services est de 100.000 travailleurs environ. En pratique cependant, il s'agissait principalement d'institutions du secteur des soins de santé et en conséquence la population d'étude était majoritairement composée de femmes occupant des fonctions liées aux soins (infirmières etc.). L'intervention proposée s'adressait à tout travailleur souffrant de lombalgie aspécifique et en arrêt de travail (ou en travail adapté) depuis 2 semaines au moins et comportait les éléments suivants : un programme de revalidation progressive similaire à celui utilisé dans l'étude Volvo (12) ou dans celle de la KLM (20) d'une part, et une intervention d'ergonomie participative menée par un ergonome ou une infirmière du travail au sein de l'entreprise d'autre part. La conception de l'étude impliquait deux phases successives de répartition aléatoire (randomisation) des patients éligibles : d'abord après 2 semaines d'arrêt de travail entre un groupe (WI) bénéficiant de l'intervention en milieu du travail et un groupe témoin (UC) suivant le traitement décidé par le médecin traitant ; ensuite, les travailleurs des deux groupes encore en arrêt de travail à la 8^e semaine ont été répartis au hasard entre un sous-groupe (GA) bénéficiant du programme de revalidation et un sous-groupe n'en bénéficiant pas (UC). Des 243 travailleurs éligibles pour l'étude, 196 ont été randomisés entre le groupe intervention ($n = 96$) et le groupe témoin ($n = 100$). La comparaison de ces deux groupes montre que l'intervention en milieu du travail a permis une reprise plus précoce du travail habituel (médiane de durée d'absence : 77 jours versus 104 jours ; $p = 0,02$). L'analyse de l'évolution des 112 travailleurs encore en arrêt de travail à la 8^e semaine montre que la seule participation au programme de revalidation a un effet défavorable sur les durées d'absence par rapport à ce qui est observé dans le groupe contrôle « soins usuels » (médiane : 144 j versus 111 j ; $p = 0,03$). Les données de cette étude hollandaise confirment donc et renforcent même les conclusions de l'étude réalisée à Sherbrooke (14).

L'étude menée dans la région de Maastricht par *Ostelo et collègues (22)* entre novembre 1997 et décembre 1999 avait pour objectif d'évaluer l'impact tant sur le plan médical qu'économique d'un programme de réadaptation de type cognitivo-comportemental pour des patients adultes (18 à 65 ans) ayant subi une première intervention de chirurgie discale. Des 382 patients éligibles pour l'étude, 105 ont pu être répartis aléatoirement entre le groupe d'intervention bénéficiant d'un programme de revalidation progressive avec composante cognitivo-comportementale ($n = 53$), et un groupe contrôle bénéficiant des soins habituels ($n = 52$). A l'issue des 12 mois de suivi, il apparaît que la récupération fonctionnelle est similaire dans les deux

groupes mais que l'absentéisme au travail durant la période a été significativement plus élevé dans le groupe participant au programme de revalidation. L'intervention n'a donc produit aucun bénéfice mais a été associée à des coûts plus élevés.

Synthèse

Les données des études les plus récentes confirment sur au moins un point les résultats antérieurs (23) : une intervention bien planifiée et bien structurée dans le milieu de travail du patient et avec la participation de celui-ci contribue à accélérer significativement la reprise du travail habituel. Ces observations concernent des patients pris en charge en phase subaiguë de la lombalgie, c'est à dire entre la 4^e et la 8^e semaine suivant le déclenchement de l'épisode douloureux. Les mécanismes sous-jacents à cet effet positif restent cependant à explorer.

A l'inverse, des études récentes menées aux Pays-Bas paraissent mettre en question le bénéfice attendu d'une participation à un programme de reconditionnement physique progressif, tel que constaté dans d'autres études. Plusieurs facteurs paraissent susceptibles d'expliquer ces résultats contradictoires :

- Le délai d'attente avant l'inclusion dans un tel programme peut en soi exercer un effet retardateur ; de ce point de vue, les données de l'étude d'Anema et al (21) doivent être interprétées avec prudence puisque l'intervention en milieu de travail intervenait plus précocement (médiane : 26^e jour d'arrêt de travail) que la prise en charge dans le programme de revalidation (médiane : 64^e jour d'arrêt de travail) ;
- Le cadre dans lequel l'intervention prend place : les deux études démontrant les effets bénéfiques d'un programme de reconditionnement physique ont toutes deux eu pour cadre une grande entreprise (Volvo, KLM), et ont donc sans doute incorporé de façon plus ou moins explicite certains éléments d'intervention en milieu du travail.
- Le profil des patients lombalgiques joue peut-être également un rôle : les études négatives comptaient une majorité de femmes dans leur population. Celles-ci bénéficieraient-elles moins d'un programme axé sur la dimension de la condition physique ? Le degré, individuel, de peur du mouvement en cas de douleur dorsale (appelé kinésiophobie) est un autre facteur important : une étude récente (24) démontre que ce sont seulement les patients présentant un degré élevé de kinésiophobie qui bénéficient significativement d'un programme d'exercices par rapport à un groupe témoin de patients simplement suivis par leur médecin traitant.

Conclusions

En résumé, sur la base des dernières données disponibles, la prise en charge en phase subaiguë de la lombalgie, c'est à dire entre la 4^e et la 8^e semaine de l'arrêt de travail, devrait comporter les mesures suivantes afin de favoriser la reprise du travail habituel et prévenir l'évolution de la lombalgie vers la chronicité:

- une intervention d'ergonomie dans le milieu de travail du patient, qui soit réalisée avec la participation de celui-ci et des responsables hiérarchiques concernés ;
- l'insertion précoce dans un programme de reconditionnement physique à condition que celui-ci soit prioritairement orienté vers la reprise du travail.

C. Quelle place pour les écoles du dos ?

Une dernière question fréquemment soulevée est celle de la place d'une intervention de type « école du dos » dans le cadre d'un programme de prévention du passage de la lombalgie à la chronicité.

La revue publiée en 1997 par van Tulder et al (25) était focalisée sur les patients souffrant d'une lombalgie sévère ou chronique et les auteurs concluaient que l'école du dos en tant que modalité d'intervention isolée, n'apporte pas de bénéfice significatif chez ces patients. Dans les autres cas et en particulier pour les personnes souffrant d'une lombalgie d'apparition récente ou d'intensité modérée, des résultats encourageants (26,27) ont été obtenus. Il faut cependant remarquer que la première de ces études (26) se distinguait par la durée de la formation proposée (8 séances de 90 minutes), tandis que la seconde (27) comportait la pratique régulière d'exercices en tant que modalité d'intervention principale.

van Tulder et ses collaborateurs ont réalisé en 2004 une mise à jour de leur revue dans le cadre des « Cochrane reviews » en analysant l'ensemble des essais randomisés publiés jusqu'en mai 2003 et consacrés à tout type d'école du dos organisée pour des patients ayant une lombalgie commune non spécifique (28). Dix-neuf essais randomisés ont été retenus, mais seuls six d'entre eux ont été jugés de haute qualité méthodologique. Leurs conclusions peuvent être résumées comme suit. Il y a :

- une évidence modérée montrant qu'en cas de lombalgie chronique ou récidivante, les écoles du dos ont de meilleurs effets à court et moyen termes sur la douleur et le statut fonctionnel que d'autres formes de traitement ;
- une évidence modérée montrant que les écoles du dos, en milieu du travail, réduisent la douleur, améliorent le statut fonctionnel et le retour au travail par comparaison avec d'autres traitements (exercices, manipulations, conseils, ...) ou un traitement « placebo » ou à une mise en liste d'attente.
- la pertinence des études réalisées, sur le plan clinique, est en général insuffisante.

Ces résultats, en demi-teinte, de l'école du dos doivent être remis dans la perspective des connaissances issues des sciences comportementales. Les modèles modernes relatifs à l'apprentissage et aux processus de changement de comportement, montrent en effet que le simple transfert de connaissance est pratiquement toujours insuffisant à lui seul pour induire un changement durable de comportement (29).

Pour être efficace, un programme d'école du dos devrait permettre aux participants de se réapproprier les techniques et connaissances proposées pour les appliquer à leur environnement personnel tant professionnel qu'extra-professionnel (23). Le programme pédagogique devrait mettre le participant en situation de résolution de problèmes, le transformer en acteur de la protection de son dos tant par la transformation de sa « gestuelle » personnelle que par les modifications à apporter dans son environnement. Ce processus de réappropriation est nécessairement progressif et requiert un étalement dans le temps de la formation.

D. Bibliographie

- 1) Haig A.J., Linton P., McIntosh M., et al. Aggressive early medical management by a specialist in physical medicine and rehabilitation : effects on lost time due to injuries in hospital employees. *J Occup Med* 1990, 32, 241-244.
- 2) Mayer T., Gatchel RJ, Kishino N., et al :Objective assessment of spine function following industrial injury : a prospective study with comparison group and one-year-follow-up. *Spine* 1985, 10, 482-493.
- 3) Wiesel SW, Feffer HL, Rothman RH Industrial Low-Back Pain : A prospective evaluation of a standardized diagnostic and treatment protocol. *Spine* 1984, 9 : 199-203,
- 4) Wood DJ : Design and evaluation of a back injury prevention program within a geriatric hospital. *Spine* 1987, 12, 77-82
- 5) Waddell G., Feder G., McIntosh A. et al. Low back pain evidence review. London : Royal Coll. Gen. Practit., 1996, 35pp
- 6) Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, et al. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica, *Spine* 2000, 25: 2932-2939
- 7) Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Spine* 2002, 27: 1736-1741
- 8) Abenhaïm L, Rossignol M, Valat JP et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. *Spine* 2000, 25: 1S-33S
- 9) Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M, et al. Scientific approach to the assessment and management of activity related spinal disorders - A monograph for clinicians: Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 12(suppl) s4-s55, 1987
- 10) Mitchell RI, Carmen GM. Results of a multicenter trial using an intensive active exercise program for the treatment of acute soft tissue and back injuries. *Spine* 1990, 15, 514-521.
- 11) Mairiaux Ph, Oblin M. Evaluation d'un programme intensif de revalidation pour travailleurs lombalgiques, *Arch. Mal. Prof.* 1997, 58: 432-439.
- 12) Lindstrom I., Öhlund C., Eek C. et al. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain : a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992, 72: 279-90
- 13) Loisel P, Durand P, Abenham I. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup. Environ. Med.* 1994 ; 51:597-602.
- 14) Loisel P., Abenham L., Durand P., et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997, 22: 2911-2918
- 15) Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al , Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working age adults : a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001, 26: 262-269.
- 16) Schonstein E, Kenny DT, Keating J; Koes BW. Work conditioning, work hardening, and functional restoration for workers with back and neck pain (Cochrane review), In: *The Cochrane Library* November 2002
- 17) Ostelo RW, de Vet HC, Waddell G et al. Rehabilitation after lumbar disc surgery (Cochrane Review), *Spine* 2003.
- 18) Sinclair SJ, Hogg-Johnson S, Mondloch MV, Shields SA. The effectiveness of an early active intervention program for workers with soft-tissue injuries. The early claimant cohort study. *Spine* 1997 ; 22 :2919-2931
- 19) Donceel P, Du Bois M, Lahaye D. Return to work after surgery for lumbar disc herniation. *Spine* 1999, 24: 872-76
- 20) Staal B, Hlobil H, Twisk J, Smid T, Köke A, van Mechelen W. Graded activity for low back pain in occupational health care. *Ann Intern Med* 2004; 140: 77-84
- 21) Anema JR,. Low back pain, workplace intervention and return to work . Amsterdam : Vrije Universiteit, PhD Thesis. 2004 ; 166p
- 22) Ostelo R, Goossens M, de Vet HCW, van den Brandt P. Economic evaluation of a behavioral-graded activity program compared to physical therapy for patients following lumbar disc surgery, *Spine* 29: 615-622, 2004
- 23) INSERM, Expertise collective : "Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention ?", Paris, Inserm ed. 2000, 146 pp
- 24) Klaber Moffett J, Carr J, Howarth E. High fear-avoiders of physical activity benefit from an exercise program for patients with back pain. *Spine* 29: 1167-1173, 2004
- 25) van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine* 1997 ; 22 ;2128-2156.

- 26) Weber M, Cedraschi C, Roux E, Kissling RO, Von Känel S, Dalvit G. A prospective Controlled Study of Low Back School in the general Population. *British journal of Rheumatology* 1996 ; 178-183.
- 27) Lonn JH, Glomsrod B, Soukup MG, Bo K, Larsen S. Active Back School : Prophylactic Management for Low Back Pain : A Randomized, Controlled, 1-Year Follow-Up Study. *Spine* 1999 ; 24 :865-871.
- 28) Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for nonspecific low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2 .
- 29) Green L.W., Kreuter M.W. (1991) Health Promotion Planning – an educational and environmental approach, Mayfield Publ., Mountain View, USA, pp. 505.