

Troubles Musculo-Squelettiques et Lombalgies: quelles stratégies de prévention mettre en œuvre ?

Dr Pierre SOMVILLE, ergonomiste U.Liège et CBMT, et Prof. Dr. Philippe MAIRIAUX, U.Liège, Service de Santé au Travail et Education pour la Santé¹

L'impact socio-économique des lombalgies et des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) liés à l'activité de travail a suscité chez les pouvoirs publics belges une série d'initiatives au cours des dix dernières années : une étude épidémiologique longitudinale (BELCOBACK), une étude consacrée à la lombalgie chronique (KCE), l'édition de brochures, de méthodes et de recommandations de bonne pratique (RBP lombalgies) par le SPF Emploi et Travail, ou encore le développement du programme de prévention « dos » par le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP).

Pour répondre à la question posée, les auteurs se sont donc appuyés sur trois éléments principaux : les RBP « Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail » (2008), une revue complémentaire de la littérature scientifique couvrant la période 2006-2009, et enfin le projet de « Guide de bonne pratique » relatif aux formations en entreprise pour la prévention des TMS, en cours d'élaboration au SPF Emploi.

Rappelons les principales conclusions de la RBP de 2008 en matière de prévention :

- ▶ Les interventions d'ergonomie physique **seules** ne peuvent être recommandées pour prévenir l'apparition de la lombalgie (Evidence de faible qualité).
- ▶ Pour être efficace en prévention primaire, un programme d'ergonomie physique nécessite une dimension organisationnelle et une implication des travailleurs concernés (Evidence de faible qualité).
- ▶ Encourager les travailleurs à prendre part à un programme d'école du dos comportant une information traditionnelle de type biomedical/biomécanique, des conseils et des instructions n'est **pas** recommandé. (Evidence de qualité modérée)
- ▶ Les écoles du dos comprenant une composante d'exercices et organisées en milieu du travail ou en relation avec celui-ci peuvent réduire la douleur, et améliorer le retour au travail (Evidence de qualité modérée).
- ▶ Des interventions **multidimensionnelles** en milieu de travail (combinant éducation, intervention ergonomique et/ou entraînement physique) sont recommandées pour la prévention de la lombalgie (Evidence de qualité modérée).

En matière de prévention tertiaire (ou secondaire), pour des travailleurs en arrêt de travail parce que souffrant du dos, la RBP concluait notamment que :

- ▶ Les programmes de traitement multidisciplinaires incluant un reconditionnement physique intensif améliorent la douleur et peuvent réduire le N de jours perdus (Evidence de haute qualité).
- ▶ La composante 'milieu de travail' des programmes de retour au travail a démontré de façon probante une augmentation du taux de retour au travail (Evidence de haute qualité), et une diminution des jours perdus (Evidence de haute qualité).

¹ Contacts : ph.mairiaux@ulg.ac.be ; pierre-rene.somville@cbmt.be

Ces conclusions sont-elles confortées ou modifiées par les publications postérieures à 2006 ? Pour ce qui est des TMS du membre supérieur, la revue de Boocock et coll. (2006) présente des conclusions encourageantes en ce qui concerne les interventions ergonomiques sur le poste (réglages et adaptations matérielles) ainsi que l'impact positif de la réalisation d'exercices physiques. Pour la prévention des lombalgies, les revues systématiques de Martimo et coll. (2009) et de Bigos et coll. (2009), relatives aux programmes de formation à la manutention, ne révèlent aucun effet sur la prévalence des lombalgies par rapport aux groupes témoins. Par ailleurs, l'intervention d'ergonomie participative réalisée dans des cuisines de collectivité en Finlande (Haukka et coll 2008) a donné des résultats relativement décevants. Les revues de van Geen et coll (2007) et Bigos et coll. (2009) confirment respectivement l'effet favorable des programmes de reconditionnement physique intensif, et celui de programmes d'exercices pour des travailleurs actifs. En ce qui concerne la prévention tertiaire, les travaux d'Anema et coll. (2007) confirment l'efficacité d'une intervention ergonomique pour le retour au travail consécutif à une incapacité de longue durée pour lombalgie.

Ces publications récentes confirment que l'évidence scientifique est nettement plus favorable en ce qui concerne les interventions dans le cadre de la prévention secondaire ou tertiaire (pour des travailleurs souffrant déjà de TMS), que pour les interventions en prévention précoce ou primaire. Cependant, il convient de nuancer les résultats négatifs observés en matière de prévention précoce. Les études relatives aux programmes de formation impliquaient cette modalité de prévention de façon isolée, et concernaient des activités de travail (nursing, bagagistes des aéroports) où il est légitime de penser que la prévention devrait reposer avant tout sur des mesures techniques (mécanisation, no-lift policy, etc...). Par ailleurs, l'absence d'impact de l'intervention d'ergonomie participative pourrait, de l'avis des auteurs, être attribué au caractère correctif et à moindre frais des améliorations apportées d'une part, et à l'âge élevé (médiane 46 ans) des travailleuses concernées.

Ces constats scientifiques doivent être pris en compte lorsqu'on examine les pratiques de prévention disponibles en Belgique. Il existe en fait plusieurs possibilités d'intervention.

Une première, à caractère individuel, est rendue possible grâce au programme de revalidation multidisciplinaire du rachis financé par l'INAMI qui s'adresse à des patients souffrant de lombalgie commune en passe de devenir chronique. Accessible sur prescription médicale d'un spécialiste en médecine physique, le programme (36 séances de 2h) comprend un apprentissage des connaissances, de la gestuelle et des notions d'ergonomie, un traitement de la kinésiophobie, du renforcement musculaire et un entraînement d'endurance cardio-vasculaire générale. De ces 36 séances, deux peuvent être consacrées à une visite du lieu de travail qui aboutit à des conseils ergonomiques pratiques formulés dans un rapport annexé au dossier médical. Ces interventions concernent donc la prévention tertiaire. A l'heure actuelle, elles restent trop rarement sollicitées et en outre, les compétences ergonomiques ne sont pas toujours présentes en clinique.

Pour pallier ce problème et permettre un meilleur enchaînement entre la revalidation clinique et le retour au travail, le FMP (programme "Prévention maux de dos") indemnise le travailleur à 100% pour l'intervention clinique et son entreprise à concurrence de 4 h

pour une intervention ergonomique de son SE(I)PP. Ce programme connaît un certain succès (619 participants en 2008) avec cependant peu d'interventions ergonomiques facturées (n=8). La communication entre les acteurs des services de revalidation et ceux du travail n'est pas toujours évidente. De plus, la réalisation des interventions nécessite une coordination difficile entre le médecin du travail, l'ergonome responsable de l'intervention, l'entreprise et le travailleur.

Une deuxième possibilité d'intervention, à visée collective, repose sur les Services de Prévention et Protection au travail, soit internes à l'entreprise (SIPP), soit externes (SEPP) par l'entremise de conseillers en prévention ergonomes sous l'impulsion du médecin du travail (des interventions sont aussi offertes par des organismes privés). Dans ce cas, l'intervention s'adresse à des travailleurs exposés dans l'exercice de leur fonction, avec un objectif de prévention précoce. Fondamentalement, dans la hiérarchie de la prévention des risques, il s'agit d'abord d'assurer les meilleures conditions de travail à travers une bonne ergonomie de conception. Cependant en pratique, les actions correctives restent fréquemment nécessaires et consistent à donner des formations collectives sur le lieu de travail ou à réaliser des interventions ergonomiques sur les situations posant problème. Le contenu et la durée de ces interventions sont variables car ils dépendent de la politique du SE(I)PP et du budget que l'entreprise est prête à allouer. De façon générale, ces interventions sont relativement limitées en temps et ne bénéficient pas d'un suivi idéal.

Partant de ce constat, trois tables rondes ont été organisées par le SPF entre fin 2007 et 2008 afin de dégager des "bonnes pratiques" en matière de formation en entreprise pour la prévention des TMS, dans la perspective d'actions de prévention précoce, de nature collective. Les principaux éléments de réflexion concernant ces bonnes pratiques sont résumés ci-après. Il faut noter que les experts du domaine ont proposé de parler de "prévention des plaintes musculo-squelettiques" au sens large afin de sortir du carcan des "formations à la manutention".

Ainsi, il s'agira d'abord d'homogénéiser les groupes de travailleurs devant bénéficier de l'intervention, sur base des risques auxquels ils sont exposés. Aussi, l'analyse des risques doit-elle constituer la première phase d'un programme de prévention afin de bien identifier les facteurs de risque propres à la situation étudiée et parmi ceux-ci, ceux devant faire l'objet d'une étude ergonomique plus approfondie. L'analyse des risques permet également de prioriser l'action vers la lombalgie, les TMS du membre supérieur et du cou, ou les deux tout en tenant compte des facteurs liés aux conditions de travail.

Il faut ensuite définir le type d'intervention. Il y a bien sûr la formation qui vise les connaissances théoriques et la technique gestuelle, mais aussi l'intervention ergonomique qui peut être d'ordre matériel ou organisationnel. Enfin, la pratique d'exercices physiques d'entretien de la condition physique devrait aussi trouver sa place dans une démarche de prévention. Actuellement, les actions vont soit dans le sens de la formation ou dans celui de l'intervention ergonomique. La stratégie idéale devrait combiner de façon indissociable ces deux axes, et même y ajouter en corollaire, la pratique d'exercices physiques. Il est donc impératif de créer une dynamique entre ces trois axes de prévention qui sont encore trop souvent envisagés de façon isolée à l'heure actuelle.

Vient alors la question du contenu des programmes. Il faut d'abord une partie globale comportant les connaissances théoriques et la pratique d'exercices physiques, ceux-ci pouvant être dans un objectif d'entretien de la condition physique ou déjà orientés vers la prévention des plaintes musculo-squelettiques. Ces aspects globaux sont généralement assurés par la formation. La partie spécifique du programme devrait idéalement associer les interventions ergonomiques (adaptation du travail) et les techniques gestuelles et posturales propres à l'activité (adaptation du travailleur). C'est donc l'association de la formation et de l'intervention ergonomique qui permet de répondre à la nécessité d'une approche spécifique à chaque situation de travail.

La dernière question, la plus délicate, concerne l'inscription indispensable de ces stratégies de prévention dans la durée. Sans cette dimension de suivi, les efforts consentis pour associer ergonomie et formation dans une démarche intégrée risquent bien d'être inutiles. Pour des raisons économiques et logistiques, c'est donc au sein de l'entreprise que ce suivi doit être assuré, avec un relais possible vers le SEPP. Ce suivi implique l'organisation de recyclages (par des formateurs internes) et la mise en pratique d'une dynamique de prévention faisant appel à l'ergonomie (réunion DEPARIS, action du conseiller en prévention...). Il y a donc une nécessité de former des personnes de référence au sein de l'entreprise et à différents niveaux hiérarchiques afin de générer aussi une dynamique du bas vers le haut en impliquant d'abord les travailleurs eux-mêmes.

En conclusion, les ressources et les compétences en matière de prévention ne manquent pas en Belgique mais, au vu des données scientifiques disponibles, il semble nécessaire d'améliorer les stratégies mises en oeuvre, principalement en leur donnant un caractère multidimensionnel et en y intégrant un suivi dans une dynamique participative. Enfin, l'application effective des « bonnes pratiques » conduirait à standardiser les programmes de prévention, permettant à l'avenir de tester leur efficacité en mesurant par exemple leur impact sur la diminution des plaintes ou de l'absentéisme.

Références

- Anema JR, Steenstra IA, Bongers PM, de Vet HC, Knol DL, Loisel P, van Mechelen W. Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both?: A Randomized Controlled Trial. *Spine* 2007; 32:291-98
- Bigos SJ, Holland J, Holland C, Webster JS, Battie M, Malmgren JA. High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *Spine J.* 2009; 9(2):147-68.
- Boocock MG, McNair PJ, Larmer PJ, Armstrong B, Collier J, Simmonds M, Garrett N. Interventions for the prevention and management of neck/upper extremity musculoskeletal conditions: a systematic review. *Occup. Environ. Med.* 2007; 64:291-303
- E Haukka, P Leino-Arjas, E Viikari-Juntura, E-P Takala, A Malmivaara, L Hopsu, P Mutanen, R Ketola, T Virtanen, I Pehkonen, M Holtari-Leino, J Nykänen, S Stenholm, E Nykyri, and H Riihimäki. A randomised controlled trial on whether a participatory ergonomics intervention could prevent musculoskeletal disorders, *Occup Environ Med* 2008; 65: 849-856.
- Martimo KP, Verbeek JH, Karppinen J, Furlan AD, Kuijjer PPFM, Viikari-Juntura E., Takala EP, Jauhiainen M. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3, 2009.
- van Geen JW, Edelaar MJA, Janssen M, van Eijk JTM. The Long-term Effect of Multidisciplinary Back Training - A systematic review. *Spine* 2007; 32(2):249-255.