



**Institut National  
de Médecine Agricole**

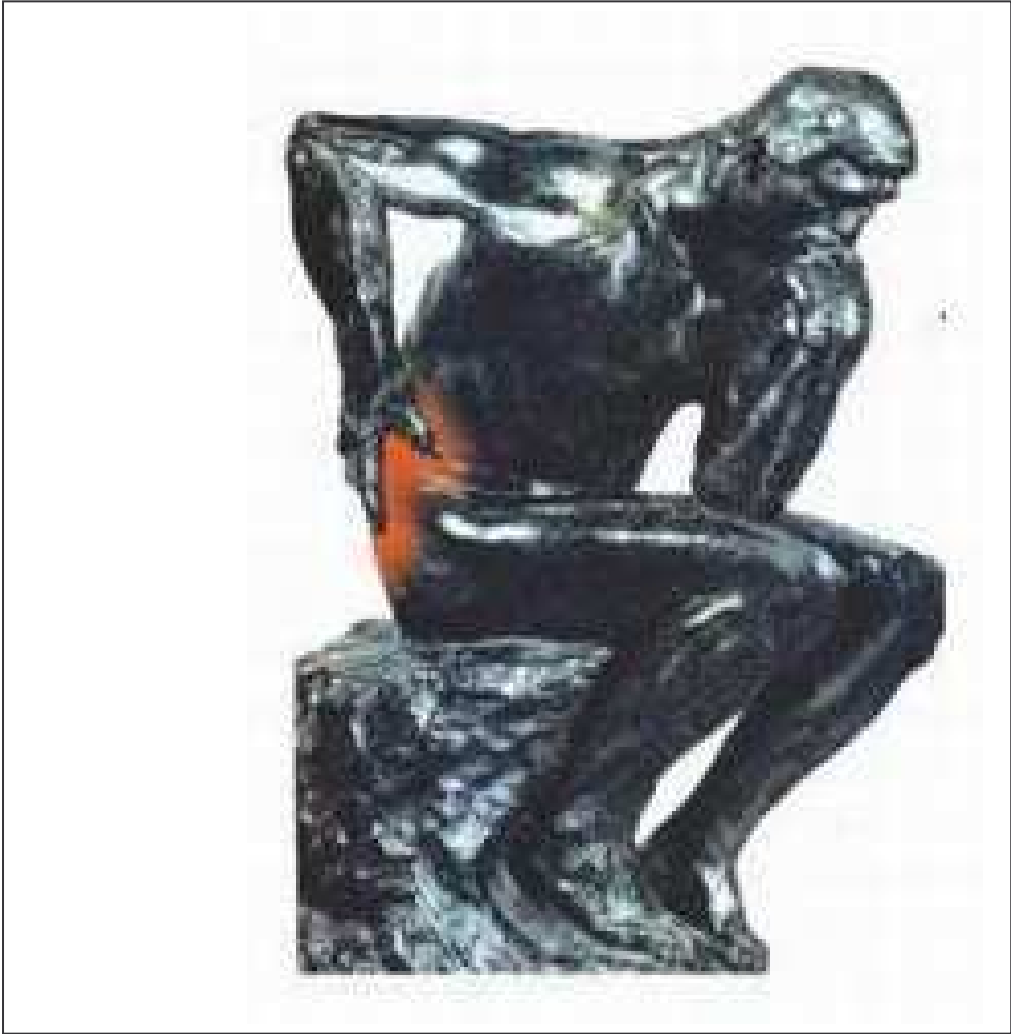
**Mémoire  
pour l'obtention du Diplôme  
de Médecine Agricole**

---

**Rôle du médecin du travail en milieu agricole dans la  
prise en charge pluridisciplinaire de la douleur  
chronique  
Exemple des lombalgies**

**Présenté par le Dr Dominique SEMERARO  
13 rue de l'Arquebuse  
71400 AUTUN**

**31/08/08**



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	4
<b>I. MODELE MULTI DIMENSIONNEL DE LA DOULEUR CHRONIQUE</b>	4
<i>A. Définitions</i>	5
<i>B. Douleur aigue : douleur chronique</i>	5
<i>C. Le modèle pluri dimensionnel de la douleur chronique</i>	6
1. Mécanismes générateurs	7
2. Les 4 composantes de la douleur chronique	8
3. Les facteurs de modulation	9
<i>D. Hypothèses physiologiques des facteurs de risques de passage à la chronicité</i>	11
<b>II. PROBLEMATIQUE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE</b>	14
<i>A. Epidémiologie. Poids socioéconomique</i>	14
1. En France	14
2. A l'étranger	15
3. Situation à la MSA	16
<i>B. Physiopathologie</i>	18
1. Etiologie des lombalgies	18
a) Mécanisme par excès de nociception	18
b) Mécanisme neuropathique	21
c) Mécanisme psychogène	21
2. Modèle multidimensionnel de la lombalgie chronique	23
3. Les Facteurs de risques de chronicisation des lombalgies	24
a) Facteurs personnels	24
b) Facteurs médico-légaux	26
c) Facteurs socioéconomiques	26
d) Facteurs psychologiques	26

<b><i>C. Diagnostic, évaluation d'une lombalgie chronique</i></b>	29
1. Définitions	29
2. Eliminer une lombalgie symptomatique	29
3. Indications des explorations radiologiques	30
4. Approche multidisciplinaire de la prise en charge	31
<b><i>D. Stratégies de prise en charge thérapeutique des lombalgies chroniques : les mesures existantes</i></b>	34
1. Interventions cognitivo comportementales	34
2. Programmes de réductions des peurs	37
3. Traitements par exercices physiques	37
4. Interventions combinant plusieurs modèles et principes	39
a) Les écoles du dos	39
b) Les programmes de retour au travail	41
c) Les programmes multidisciplinaires	42
<b>III. QUEL ROLE POUR LE MEDECIN DU TRAVAIL</b>	43
<b><i>A. Individuellement</i></b>	43
<b><i>B. En réseau</i></b>	46
1. Principes	46
2. Au Canada	46
3. En France	48
4. Et à la MSA ?	51
<b>CONCLUSION</b>	53
<b>ANNEXES</b>	54
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	63

# INTRODUCTION

La douleur chronique est fréquente en milieu du travail.

Les troubles musculo-squelettiques, dont les lombalgies chroniques, constituent un véritable problème de santé publique, d'un point de vue humain par le handicap qu' il génère et d'un point de vue économique pour les organismes d' assurance maladie et les entreprises.

Le concept de prise en charge global et multi disciplinaire, appliqué classiquement à la douleur chronique, peut il être transposé à la douleur chronique en milieu du travail ?

De quelle manière le médecin du travail peut il contribuer au maintien ou au retour dans l'emploi des salariés atteints de douleur chronique, évitant ainsi la paupérisation et le handicap ?

Le concept de prise en charge globale et multidisciplinaire est il une solution ?

Quel rôle pour le médecin du travail d'un service de Santé Sécurité au Travail de la MSA ?

## I. MODELE MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR CHRONIQUE

### A. Définitions selon l'ANAES [31]

Une douleur chronique se définit comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne* »

### B. Douleur aigue / Douleur chronique - [24]

On peut définir la douleur selon son profil évolutif et distinguer : douleur aigue et douleur chronique, mais « **La douleur chronique n'est pas une douleur aigue qui dure ....** »

	Douleur aigue	Douleur chronique
Durée	courte	évolution supérieure à 6 mois
	douleur symptôme	douleur syndrome
Mécanisme générateur	uni factoriel	plurifactoriel
Causalité	linéaire	circulaire
Composante affective	anxiété	sd dépressif passivité
Finalité biologique	utile et protectrice permet la consultation et le soin	inutile et destructrice
Evolution	favorable avec le traitement de la cause	
Modèle	médical classique	pluridimensionnel somato-psycho-social
Objectif thérapeutique	curatif	réadaptatif

De façon conventionnelle la douleur chronique est définie comme une douleur évoluant plus de 3 à 6 mois.

Plutôt que de douleur chronique, il faut parler de syndrome douloureux chronique : à la douleur qui dure s'associe une dimension comportementale signant sa gravité et un retentissement négatif sur l'individu.

### C. Le modèle pluri dimensionnel de la douleur chronique

Pour MELZACK et WALL, dès 1965, la douleur est un phénomène multidimensionnel et multifactoriel.

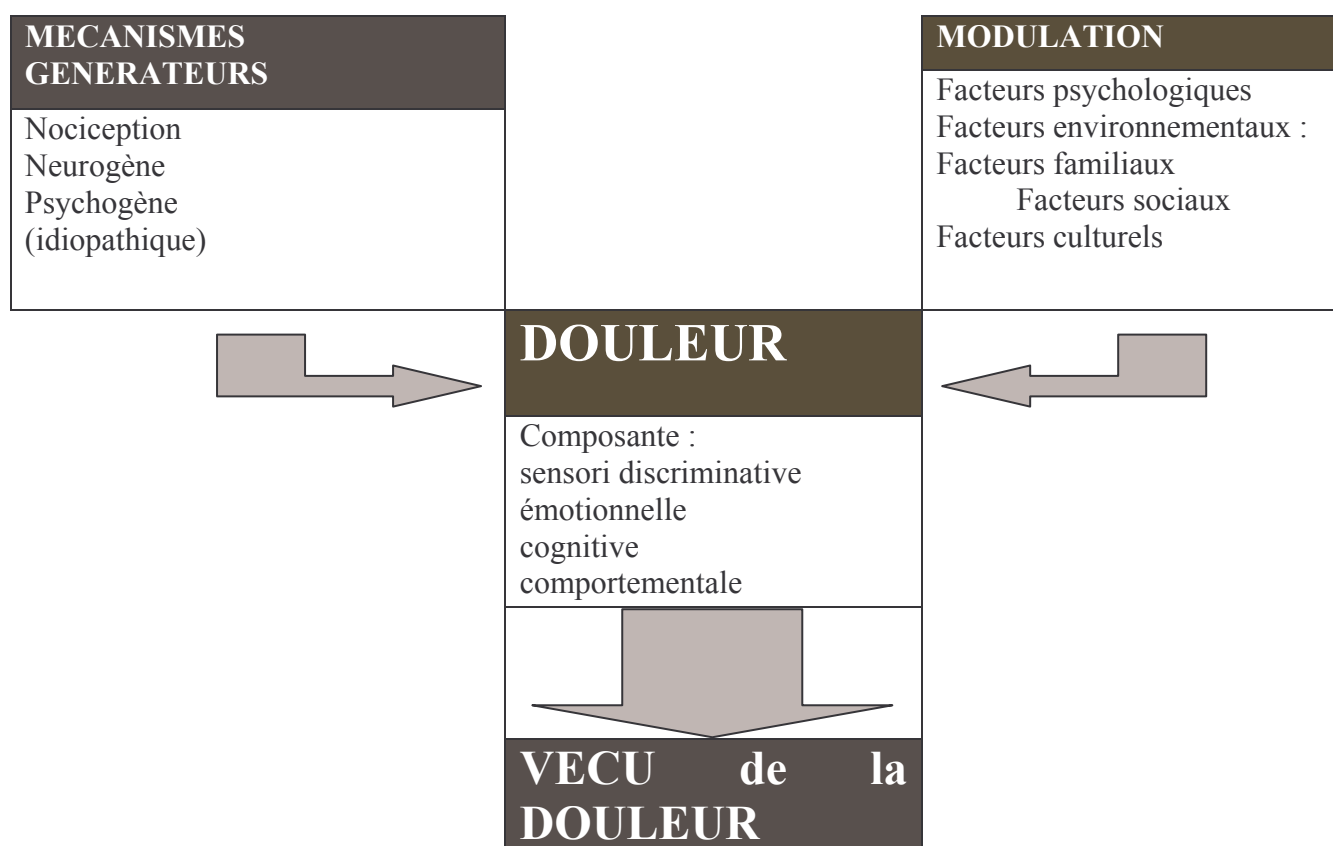


Fig. 1. D'après M. Navez CSD Saint-Étienne

## **1. Mécanismes générateurs**

### **Nociception :**

Activation des nocicepteurs (récepteurs à la douleur située dans la corne postérieure de la moelle épinière) par un mécanisme lésionnel, traumatique, dégénératif, infectieux.

La douleur est mécanique ou inflammatoire provoquée par la mobilisation de l'organe lésé.

Sa topographie est régionale ou projetée s'il s'agit d'un viscère.

### **Neurogène :**

Lésion nerveuse centrale ou périphérique d'origine traumatique inflammatoire, vasculaire ...

La douleur est continue (brûlure) ou intermittente (décharges) parfois fulgurante, accompagnée ou non de dysesthésies.

Sa topographie correspond au territoire du nerf lésé, du plexus ou est hémicorporelle (si lésion encéphalique).

Il n'y a pas de lésion somatique.

Il peut y avoir un intervalle libre après la lésion initiale.

### **Psychogène :**

Douleur Sine Materia

Après un bilan clinique et para clinique rigoureux, aucune cause organique n'ayant été retrouvée, elle est évoquée devant une sémiologie douloureuse évocatrice : discours abondant, amplificateur, polymorphe, variable avec le temps, atypique... et un profil psychologique particulier qui peut entrer dans un cadre nosographique : hypochondrie, somatisation, conversion hystérique, dépression.

Ce n'est pas un diagnostic d'élimination.

[40] La douleur chronique rebelle a fréquemment une fonction de communication d'un mal-être. Elle peut représenter un appel direct à l'aide, ou avoir pour but l'obtention de bénéfices secondaires, qui se situent généralement dans le registre affectif. Elle peut aussi servir à remplacer des besoins de dépendance ou une psychopathologie par un symptôme acceptable socialement : la douleur.

Dans la majorité des cas, cette dynamique est en grande partie inconsciente et elle ne doit pas être comprise comme une tentative de manipulation ou comme une simulation.

La forme psychogène pure est rare, elle est souvent associée à un tableau douloureux somatique.

## **2. Les 4 composantes fondamentales de la douleur**

### **Composante sensori-discriminative :**

« Le corps » « souffrir dans sa chair »

Liée aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage des messages douloureux : intensité, localisation (parfois imprécise : la douleur d'origine viscérale est une douleur projetée), qualité (souvent : difficulté de la mise en mot), durée.

### **Composante émotionnelle :**

« Le sentiment » « souffrir avec son cœur »

Elle intervient une fois que le message douloureux est arrivé au cerveau.

La composante affective confère à l'expérience douloureuse sa tonalité désagréable, sa pénibilité.

Elle est déterminée par la signification de la maladie pour le patient, l'incertitude qu'il a sur son évolution.

Elle peut se prolonger vers l'anxiété ou la dépression.

### **Composante cognitive :**

« La pensée » « souffrir avec sa tête »

Certains processus mentaux influencent la perception douloureuse et déterminent la réaction comportementale : attention ou diversion de l'attention, interprétation et valeur attribuée à la douleur en référence à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées sur d'autres personnes (toute douleur qui dure peut être assimilée à un processus grave), anticipation, conditionnement.

### **Composante comportementale :**

« L'être dans le monde » « souffrir avec ses gestes »

Elle englobe toutes les manifestations verbales et non verbales de l'individu qui souffre : plaintes verbales, langage du corps (mimique, retrait, position antalgique).

Ces manifestations constituent pour les soignants des indices reflétant l'importance du problème.

Elle assure une fonction de communication avec l'entourage, de même l'attitude de celui-ci (rejet, sollicitude, attention exagérée...) peut interférer avec le comportement du malade douloureux.

Les apprentissages antérieurs (en fonction de l'environnement familial, ethnoculturel), les standards sociaux liés à l'âge ou au sexe, peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux.

### **3. Les Facteurs de Modulation.**

#### Facteurs psychologiques :

La vulnérabilité du patient à la douleur, son besoin d'être reconnu, la difficulté à exprimer ses émotions renforcent le vécu douloureux.

Notion de dépendance : le douloureux chronique s'organise autour de la maladie ; il y a monopolisation du psychisme, de même que le toxicomane s'organise autour de sa drogue.

Ses capacités de résilience, d'adaptation, ses croyances et ses attentes dans les traitements modulent le ressenti douloureux.

Le stress au travail (nervosité, troubles du sommeil, anxiété), la peur de commettre des erreurs [1] sont des facteurs de chronicisation des douleurs.

Le comportement douloureux persistant joue aussi un rôle d'appel et de communication de la souffrance : il doit être interprété comme une tentative de convaincre le thérapeute de la gravité du symptôme, dans le contexte de l'adoption par le patient d'un "rôle de malade ou d'invalidé", plutôt que comme une tentative de manipulation, avec laquelle il est souvent, à tort, amalgamé (Allaz, 1998). [40]

#### Facteurs environnementaux :

##### Facteurs familiaux :

Isolement, deuils, séparations, divorces sont des facteurs péjoratifs.

L'entourage familial peut renforcer le comportement douloureux, quand le malade est devenu le personnage central de la famille : la douleur chronique offre parfois de nouveaux rôles aux proches afin de maintenir la cohésion familiale.

##### Facteurs sociaux professionnels :

Des relations professionnelles conflictuelles ou peu d'entraide entre collègues, l'insatisfaction au travail (travail monotone, non valorisation), l'inadaptation physique au poste, les contraintes de temps sont des facteurs de renforcement de la douleur chronique.

##### Facteurs socio économiques :

Bas niveau d'éducation et bas niveau de ressources sont aussi des facteurs de renforcement du ressenti de la douleur.

### Facteurs médico-légaux :

Litiges, revendications,

Reconnaissance de statut de victime : trouver un responsable ...

Le malade chronique qui trouve un statut « d'invalidé dans la société » crée une façon d'être du patient qui s'installe et contrecarre toute action médicale classique.

Recherche de bénéfices secondaires : « syndrome du revenu paradoxal » [1] : la somme des indemnités journalières et des remboursements d'assurances peut parfois dépasser le salaire de base.

Une bonne partie des douleurs rebelles est générée par le système médical : surenchère d'exams, de traitements, prescrits devant l'impuissance du médecin : on crée parfois des problèmes à la place de solutions.

### Facteurs culturels [45]

Les variables ethno culturelles des réponses humaines à la douleur suggèrent des schémas de comportements acquis plutôt qu'innés.

La réponse à la douleur des groupes ethniques est modelée et remodelée par la culture :

Une étude a comparé, par des méthodes quantitatives et qualitatives, des patients d'un centre anti-douleur de Nouvelle Angleterre à ceux d'une consultation externe de Porto Rico :

Les patients de Nouvelle Angleterre présentaient une plus faible intensité de ressenti de douleur.

De plus, les immigrants Latino américains issus de l'immigration portoricaine et vivant en Nouvelle Angleterre montraient des réponses à la douleur proche du groupe Nouvelle Angleterre.

Ainsi la prise en charge de la douleur chronique passe par un modèle bio psycho social, intégrant le patient dans sa globalité (somatique et psychologique) rapportée à son environnement familial, social et professionnel.

Il est nécessaire que le patient soit pris en compte dans sa globalité somatique, psychique et sociale par une équipe multidisciplinaire : somaticien, psychologue, assistante sociale, médecin du travail.

## D. Hypothèses de Facteurs de passage à la chronicité

La persistance de la douleur ne contribue pas seule à transformer des mécanismes initiaux organiques de la douleurs : différentes hypothèses susceptibles de faire évoluer la douleur vers un syndrome douloureux chronique pluri factoriel sont avancées :

### 1. Hypothèse neurophysiologique : théorie de la plastie neuronale, [3]

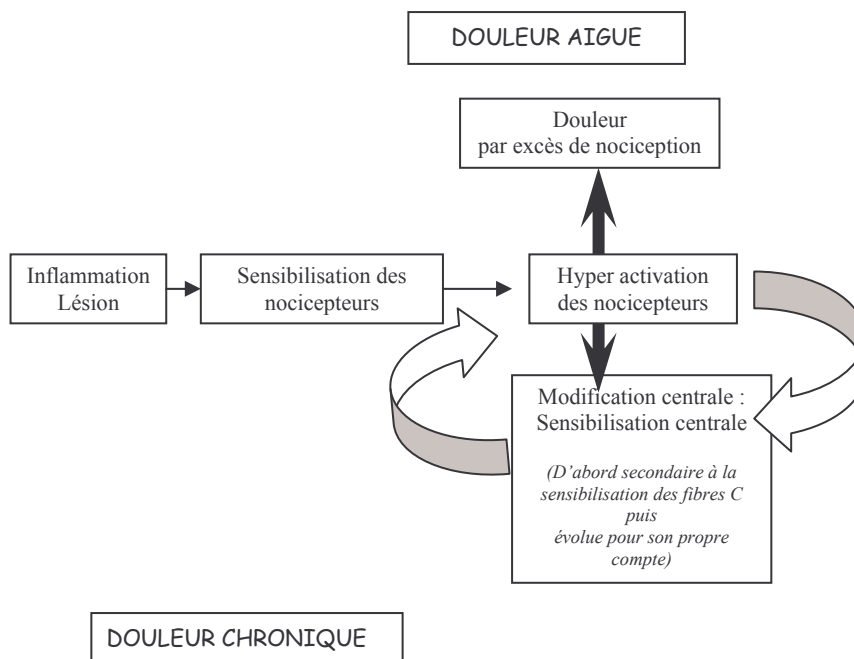


Fig. 2 : D'après M. Navez CSD de Saint Etienne.

Lorsque la douleur se prolonge au-delà du temps de cicatrisation des tissus, le phénomène n'est plus périphérique, mais découle d'un dysfonctionnement du seuil de la douleur dans le système nerveux central : abaissement du seuil d'excitation des neurones intermédiaires situés dans la substance gélatineuse de la moelle épinière.

Le cerveau perçoit alors des informations erronées venant des neurones intermédiaires alors que la périphérie est guérie ou stabilisée : de simples excitations sensibles ou proprioceptives seront perçues par le cortex comme douloureuses.

La douleur se traduit alors par différents types de symptômes :

**Allodynie** : douleur survenant lors des stimulations ne provoquant normalement pas la douleur,

(Peut être expliquée par le phénomène d'ephapses : connections anormales entre des petites fibres de la douleur et les grosses fibres du tact lors de lésions nerveuses périphériques)

**Hyperalgésie** : augmentation de la sensation douloureuse en réponse à des stimulations normalement douloureuses,

**Douleur prolongée** : durée prolongée de la sensation douloureuse.

Cette modification des seuils est sous l'influence d'une rétroaction des centres supérieurs : Région limbique (état affectif), Cortex (état cognitif).

Ainsi, dans la majorité des cas, lorsqu'une situation douloureuse survient, une rétroaction descendante d'allure rassurante du cerveau vers les centres médullaires inhibera l'influx nociceptif et maintiendra le seuil d'excitation du neurone intermédiaire à son niveau physiologique : (*ce n'est pas grave, je vais guérir ...*).

A l'inverse, une rétroaction d'allure menaçante (*c'est effrayant, c'est grave ...*) empêchera cette inhibition et maintiendra abaissé le seuil d'excitation du neurone intermédiaire, entraînant l'interprétation par les centres, comme douloureux des influx ascendants sensoriels ou proprioceptifs physiologiques.

## **2. Hypothèse neuropsychologique : apprentissage, conditionnement** [2]

La douleur est une expérience « émotionnelle » désagréable.

**L'émotion** est le propre des mammifères, elle s'est développée pour faciliter l'évolution et la survie et joue, quand elle est négative, un rôle défensif.

L'émotion provoque des actions et des expressions qui favorisent la communication et le soutien social : l'expression émotionnelle de la douleur en présence d'autrui permet de communiquer la crainte et de demander de l'aide ...

L'émotion intervient dans les phénomènes d'**apprentissage** qui favorisent la survie de l'espèce. Ils nécessitent la survenue d'événements de renforcement qui modifient le comportement prévisible : les événements qui génèrent des sentiments agréables fonctionnent comme récompense (renforcement positif), les événements qui génèrent des sentiments désagréables fonctionnent comme des punitions et suppriment le comportement ex : contact avec le feu / brûlure/évitement.

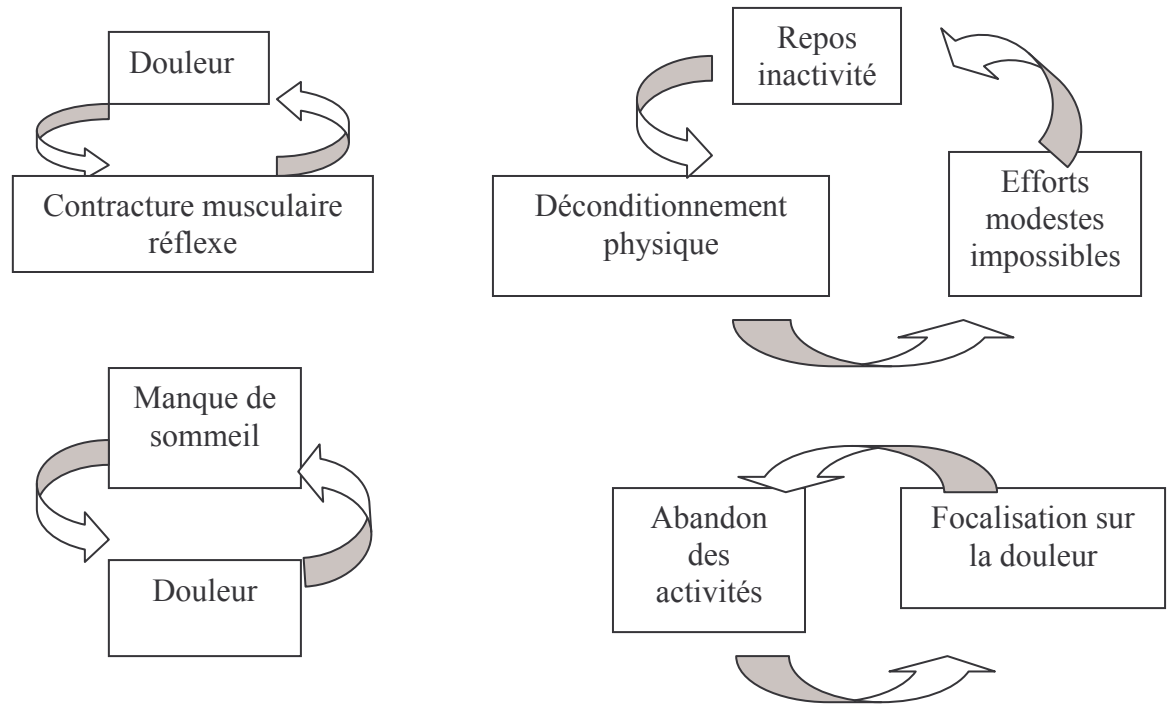
Le **conditionnement** est la création d'une association entre un fait neutre et l'émotion négative associée à la survenue de la douleur : dans l'anticipation anxieuse, la peur qui accompagne la douleur s'associe à des stimuli non douloureux.

Le conditionnement chez les mammifères, favorise la survie en faisant éviter des situations potentiellement dangereuses.

Dans un conditionnement douloureux, l'association répétée d'un stimulus neutre à une douleur peut déclencher la peur en présence de ce stimulus isolé : ceci explique la grande frayeurs de certains dans la salle d'attente du dentiste....et les comportements d'évitement quand le malade associe la douleur à un événement ou à une tâche...

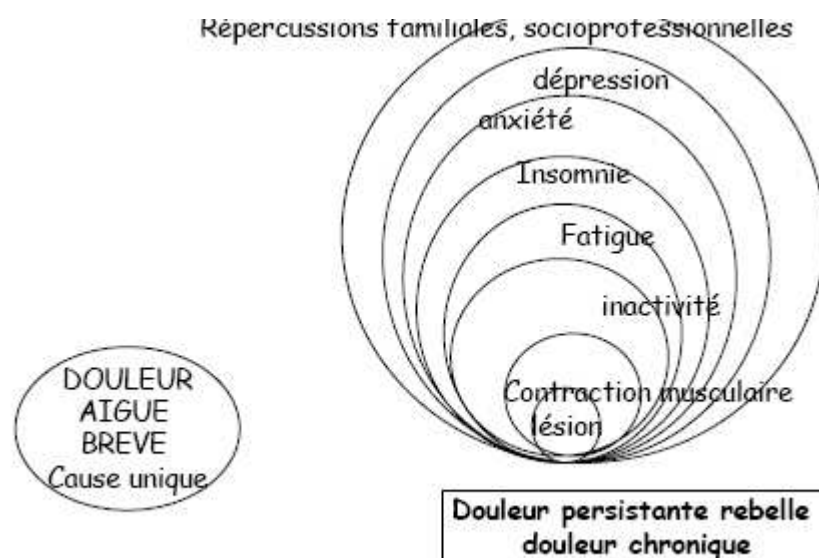
### 3. La théorie des cercles vicieux de la douleur chronique

Cette théorie est très utile en pratique courante pour expliquer au patient les mécanismes d'amplification et de persistance de la douleur.



*Fig.3: la théorie de cercles vicieux d'après M. Navez*

Dans la douleur chronique, une cascade d'événements part de la lésion initiale pour arriver à l'isolement social et professionnel.



## **II. PROBLEMATIQUE DE LA LOMBALGIE CHRONIQUE**

### **A. Epidémiologie. Poids socio économique [1]**

#### **1. En France**

60 à 80 % des adultes souffrent ou ont souffert de leur dos. [33]

La prévalence ponctuelle (pourcentage de sujets qui souffrent au moment de l'enquête) est, en moyenne de 30 %.

La lombalgie représente, en France, 9 % des motifs de consultation en médecine générale (au deuxième rang d'entre eux) (¼ seulement des lombalgiques consulte ...).

Si l'on recense les arrêts de travaux pour lombalgie au cours des douze derniers mois, leur fréquence est faible (5 à 10 %) : seule une lombalgie sur cinq, en moyenne, entraîne un arrêt de travail, le plus souvent court. [33]

La lombalgie aiguë guérit spontanément dans la majorité des cas, en moins de 3 mois.

Elle peut devenir récurrente : 20 à 44 % des patients voient leurs douleurs réapparaître au cours de la première année.

Le principal risque est le passage à la chronicité : 5 à 10 % des patients sont encore en arrêt de travail 6 mois après l'épisode aigu, la demande de soins est alors importante et coûteuse, elle entraîne incapacité fonctionnelle, invalidité, absentéisme, dégradation de la qualité de vie, rupture avec le monde professionnel.

Ainsi la lombalgie se situe au troisième rang des causes d'invalidité et au premier rang, si l'on considère les sujets de moins de 45 ans. [1] [33]

Les coûts médicaux directs (consultations, diagnostics, protocoles thérapeutiques) ne représentent en France que 1,6 % des dépenses d'assurance maladie, en revanche les coûts indirects (arrêt de travail, perte de production, de productivité et de revenus) s'élèvent à 5 à 10 fois les coûts directs et sont concentrés essentiellement sur les patients atteints de lombalgie chronique. [33]

La probabilité de reprise du travail est évaluée à : 40 % après 6 mois d'arrêt,  
20 % après 12 mois,  
nulle après 2 ans. [1] [20]

Les facteurs professionnels occupent une place centrale : le fait de porter ou de manipuler des charges lourdes est le facteur le plus souvent associé aux lombalgies.

## 2. A l'Etranger [1, 25]

L'invalidité liée à la lombalgie ne cesse de croître.

### Dans les Pays industrialisés :

#### En Grande Bretagne :

L'évolution est exponentielle depuis 1950, la prévalence des lombalgies augmente progressivement jusqu'à l'âge de 65 ans, puis diminue par la suite, sans que l'on en connaisse les raisons.

#### Aux Etats-Unis :

Entre les années soixante et quatre vingt, l'invalidité liée aux lombalgies a augmenté 14 fois plus vite que la population.

Le coût de son indemnisation a été multiplié par 27 en raison de l'utilisation plus importante des techniques d'imagerie et des actes chirurgicaux.

C'est la cause la plus habituelle de limitation d'activité chez les jeunes de moins de 45 ans, la 2<sup>ème</sup> cause de consultation médicale, la 5<sup>ème</sup> cause d'admission à l'hôpital et la 3<sup>ème</sup> cause de chirurgie.

#### En Suisse :

Les lombalgies chroniques sont en nette augmentation, parallèlement à l'aggravation du chômage.

La progression de l'invalidité liée aux lombalgies est plus forte que pour les autres causes.

#### Quant au coût total des lombalgies :

Aux Etats-Unis il est 4 fois plus important qu'en France : (utilisation plus importante des techniques d'imagerie et des actes chirurgicaux).

La France, le Royaume uni et la Hollande ont à peu près les mêmes dépenses de soins.

Les dépenses de l'Allemagne occuperaient une position intermédiaire.

### Dans les pays en voie de développement : [1]

Au sein des populations rurales qui soumettent leur rachis aux plus fortes contraintes, la fréquence des lombalgies est très inférieure à celle observée dans nos pays développés.

En revanche, au sein des populations urbaines, la fréquence des lombalgies est identique à celle des pays développés, mais si l'on s'intéresse plus précisément aux travailleurs en ateliers ayant les conditions de travail les plus défavorables, leur fréquence est nettement supérieure....

Ces constatations d'après [1] conduisent à reconnaître des facteurs déterminants plus socioprofessionnels et économiques que purement médicaux.

### 3. Situation à la MSA [30]

Selon la synthèse de l'observatoire 2002-2006 des troubles musculo-squelettiques (TMS) des salariés agricoles :

- 94 % des maladies professionnelles reconnues sont liées aux TMS (tableaux 29, 39, 53, 57, 57bis),
- La part des affections chroniques du rachis (tableaux 57 et 57bis) représente 8,5 % des cas.

<b>Tableau n°29</b>	Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets et par les chocs itératifs du talon de la main sur des éléments fixes
<b>Tableau n°39</b>	Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail
<b>Tableau n°53</b>	Lésions chroniques du ménisque
<b>Tableau n°57</b>	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier
<b>Tableau n°57 bis</b>	Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle habituelle de charges lourdes

Fig.5 : Troubles musculo-squelettiques : N° de tableaux et libellés

Les secteurs les plus concernés par les affections du rachis sont : la viticulture, les cultures spécialisées et les cultures et élevage non spécifiques.

Près de la moitié des frais d'hôpital public pour les TMS sont le fait des tableaux 57 et 57bis

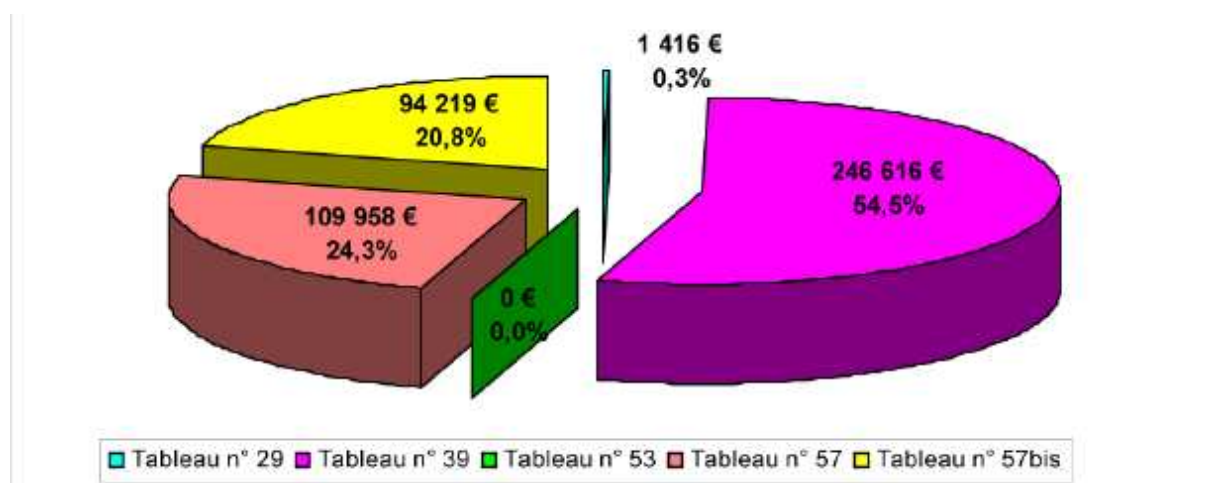


Fig. 6 : Coût des TMS : frais d'hospitalisation publique (budget global)  
 Tableau 57 : 24,3%      Tableau 57bis : 20,8%

La part des affections du rachis est conséquente : 20 % du coût total lié aux TMS pour 8,5 % des cas.

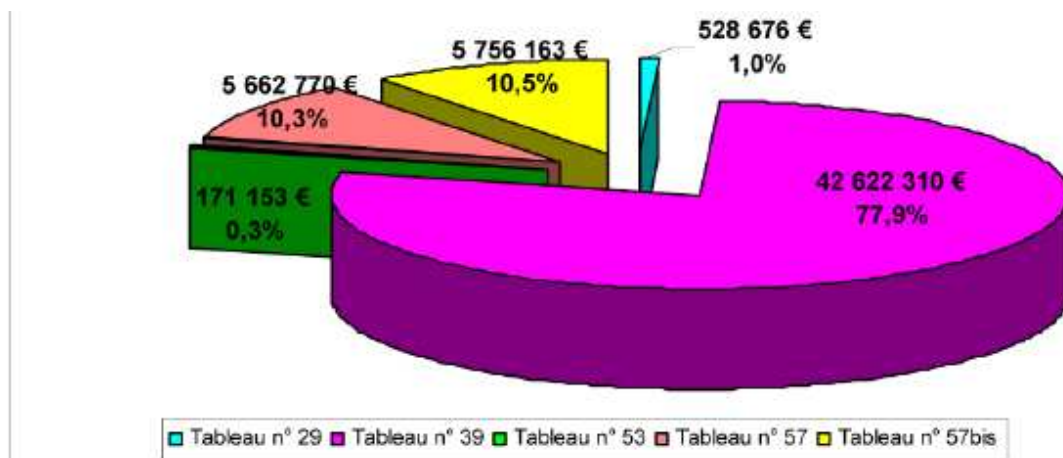


Fig.7 : Coût total des TMS par tableaux  
Tableau 57 : 10,3 % Tableau 57bis : 10,5 %

Pour l'année 2006, le coût moyen des affections liées au rachis est le plus élevé : 50 K€.

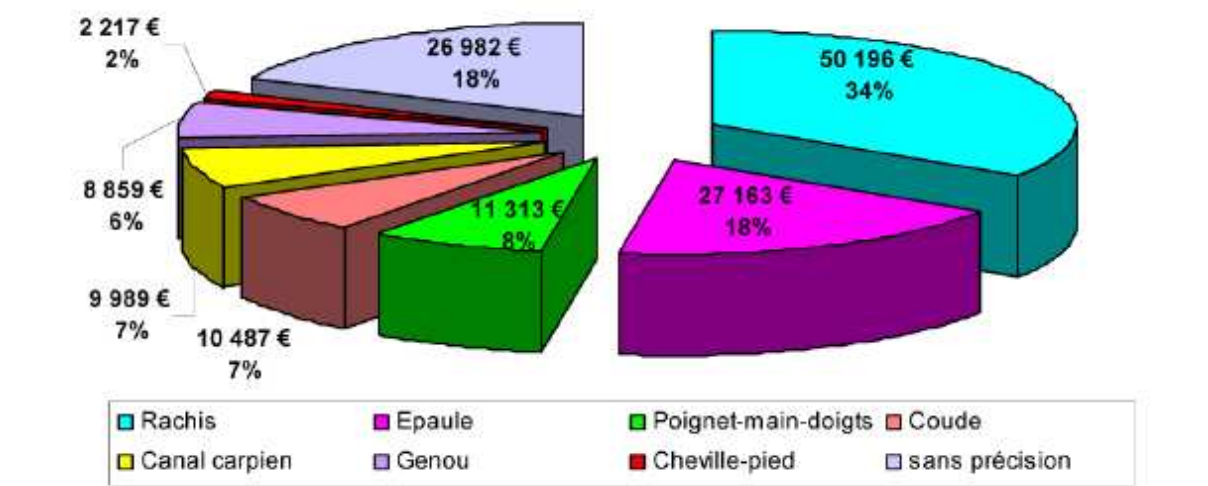


Fig.8 : Coût moyen des TMS avec et sans arrêt par localisation en 2006  
Rachis : 34 %

## **B. Physiopathologie**

### **1. Etiologie des lombalgies**

Selon le modèle de douleur chronique précédemment décrit, on peut distinguer 3 mécanismes générateurs de la lombalgie chronique le plus souvent associés voire intriqués.

#### **a) Mécanisme par excès de nociception :**

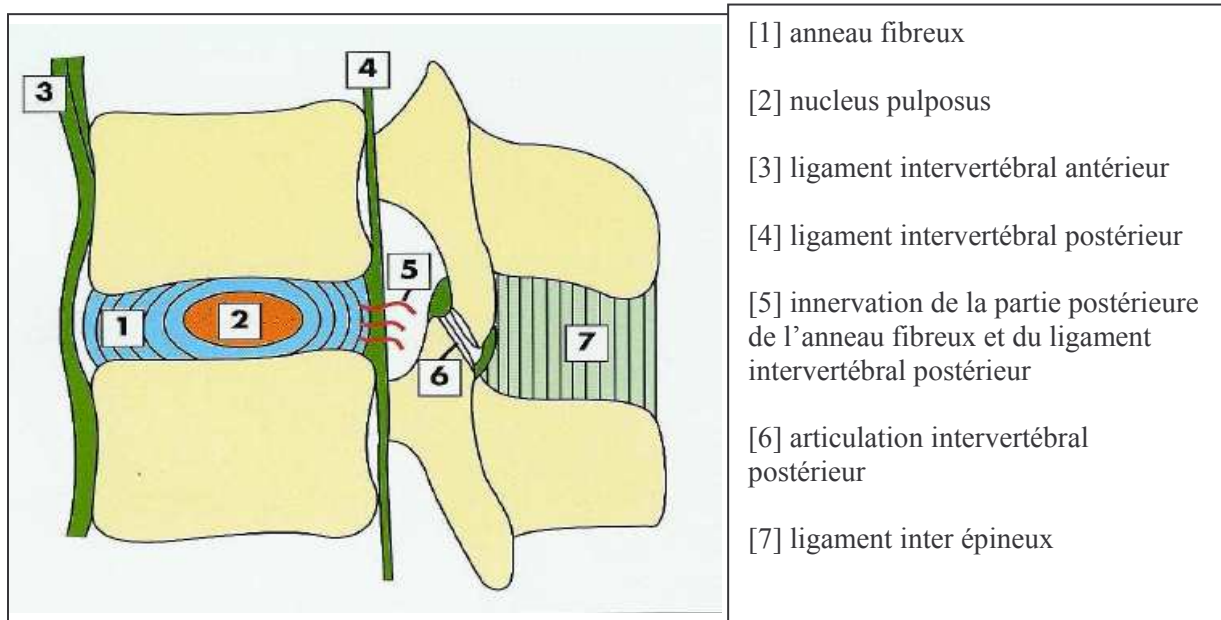
Les structures anatomiques pouvant être incriminées sont le disque intervertébral, le corps vertébral, les ligaments, les muscles, les articulations inter apophysaires postérieures.

Les mécanismes lésionnels le plus souvent mis en cause : lésions dégénératives, traumatiques ou congénitales : pincement discal, arthrose, spondylolisthésis.

On distingue habituellement les lombalgies chroniques d'origine discale et les lombalgies chroniques d'origine articulaire postérieure : Syndrome des facettes articulaires (innervation des articulations postérieures par la branche postérieure du nerf rachidien.).

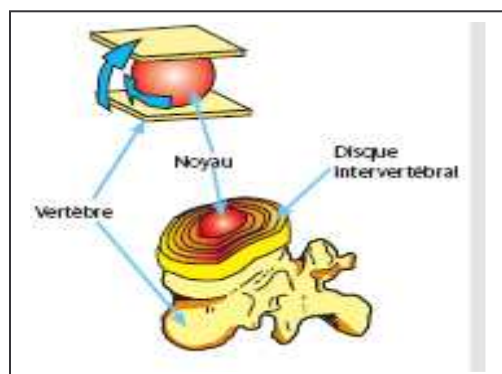
En fait, cette distinction est théorique et plusieurs mécanismes intriqués peuvent être responsables de la douleur.

Il n'existe pas de sémiologie spécifique pouvant rattacher de façon fiable une douleur à une structure anatomique précise.



*Fig. 9 : Structures anatomiques d'après [35]*

En milieu professionnel, les principales causes de douleurs rachidiennes sont liées à la fatigue des muscles qui maintiennent la posture au travail, à des lésions musculaires secondaires à des efforts trop importants ou prolongés, et à des lésions des disques intervertébraux et des articulations inter apophysaires postérieures.



**Les circonstances** dans lesquelles ces anomalies peuvent être observées sont : [36,39]

1) la manutention manuelle qui augmente le risque de lombalgie pour les efforts de soulèvement répétés réalisés jambes tendues pour lesquels le risque relatif est de 7,20 alors que ce risque est de 1,90 si les genoux sont fléchis,

fig. 10 : effets des contraintes sur le disque

2) l'exposition à des vibrations, dont l'association est trouvée dans plusieurs études épidémiologiques portant sur des conducteurs d'engins, des caristes, des chauffeurs livreurs, des voyageurs de commerce.

Lorsqu'un travailleur est assis sur un siège vibrant, les vibrations sont transmises à l'ensemble du corps par le biais de la colonne vertébrale.

Le risque de lésion dépend de l'intensité, de la fréquence des vibrations et de la fréquence des vibrations. (les vibrations dangereuses sont dans la gamme des fréquences de 2 à 10hz)

Un routier qui va de Paris à Marseille subit environ 100000 cycles de compression étirement des ses disques inter vertébraux et des structures qui les soutiennent.

Pour les voyageurs de commerce, les plaintes sont significativement associées au temps de conduite et au caractère plus ou moins confortable et ergonomique des sièges.

L'association exposition à des vibrations au long cours et ports de charges fréquents majore le risque de lombalgies.

### **Les métiers à risque :**

Les métiers du BTP (Bâtiment travaux publics), le transport professionnel, les aides-soignantes et infirmières, les mécaniciens, les coiffeurs, les employés du nettoyage et services sont les plus à risque. [33]

En milieu agricole : les secteurs de la viticulture, des cultures spécialisées et des cultures et élevages non spécialisés sont les plus concernés par les affections du rachis lombaire consécutives aux vibrations (tableau 57) et consécutives à la manipulation de charges lourdes (tableau 57 bis).

Ces TMS du rachis sont les plus invalidants : 15 % d'entre eux ont un taux d'IPP compris entre 26 et 100 %. [31]

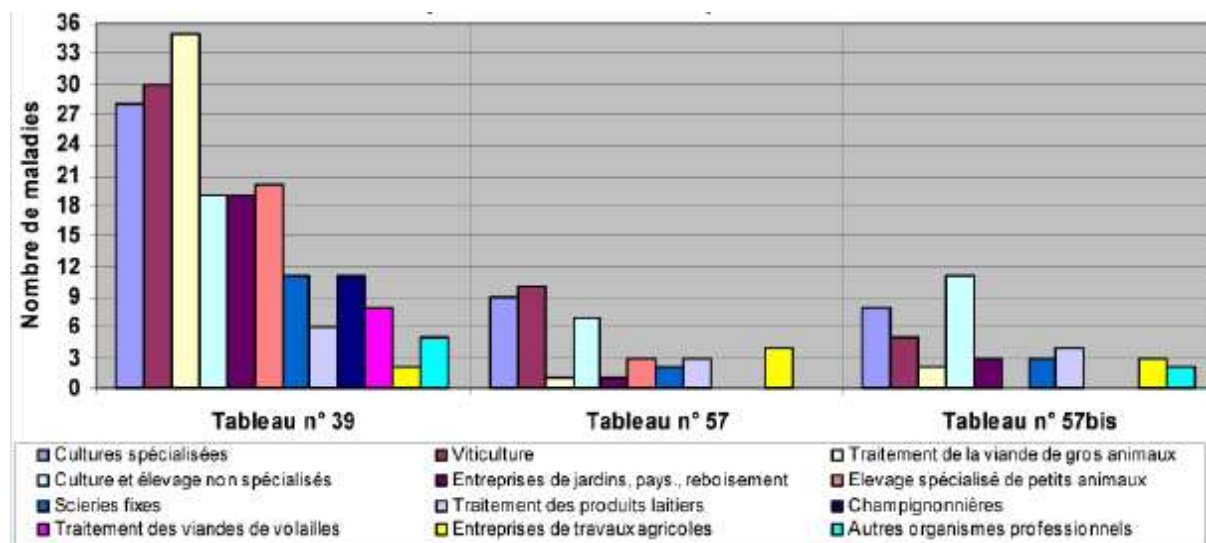


Fig. 11 : Nombre de maladies avec taux d'IPP > 25 % pour les 3 principaux tableaux TMS et pour les 12 secteurs les plus touchés, d'après [30]

### **b) Mécanisme neuropathique :**

La participation de la composante neurogène est facilement évoquée dans la douleur lombalgie chronique en cas de compression radiculaire : sciatiques, cruralgies.

Le rameau postérieur du nerf rachidien qui donne des filets pour la capsule, le muscle, le revêtement cutané et la facette inférieure des articulations postérieures, serait responsable du syndrome des facettes articulaires postérieures (lombalgies irradiant dans la région fessière et sciatalgie non systématisée, habituellement tronquée, parfois à type de brûlure, soulagées par la délordose (chien de fusil).

Alors que la compression radiculaire a été levée, il arrive que les douleurs réapparaissent après un intervalle de temps libre de quelques semaines : névrome, plasticité neuronale, mécanismes neurophysiologiques de mémorisation de la douleur pourraient être en cause.

### **c) Mécanisme psychogène :**

La douleur est permanente, quotidienne, rebelle à tout traitement, contrastant avec l'absence d'aggravation objective.

#### **Lombalgie psychogène liée à un état de STRESS POST TRAUMATIQUE [40]**

Selon la CIM 10 : le stress post traumatique est un *syndrome comprenant des reviviscences envahissantes de l'événement traumatique, accompagnées de cauchemars, d'un émoussement émotionnel et d'évitement des stimuli rappelant l'événement initial.*

Il est fréquemment rencontré dans les suites d'un accident du travail, d'un effort violent.

Bien que souvent, l'accident initial soit objectivement mineur ou banal, sa charge subjective pour le patient est marquée par la narration répétée de l'événement incriminé et par la rupture de la continuité dans le temps avec un « avant » et un « après »....

La symptomatologie est variable, très riche, disproportionnée avec un handicap important et des revendications d'indemnisation, de reconnaissance.....

Il s'agit d'entendre combien l'impact d'un traumatisme dépasse, pour un sujet donné, l'évaluation objective des dommages qui en est faite.

Sur un terrain psychologique fragile, les réactions banalisantes des soignants et des organismes d'indemnisation peuvent transformer le fréquent sentiment d'être une victime par celui d'être une victime incomprise.

Le traumatisme initial déborde l'appareil défensif psychique, soit en raison d'une vulnérabilité personnelle précédant l'événement soit parce qu'il fait écho à un traumatisme antérieur mal élaboré.

### **Lombalgie psychogène liée à des AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES :**

État dépressif avéré (perte d'anticipation, perte d'espoir) ou état dépressif masqué :

La douleur est imprécise fluctuante dans le temps, maximale le matin et s'améliore dans la journée.

Les troubles de l'humeur ont une prévalence de 21,7 % chez les lombalgiques contre 10 % dans la population générale. [3]

Trouble anxieux : sentiment d'insécurité, hyper vigilance, la douleur est maximale le soir.

Ils sont deux fois plus fréquents chez les sujets ayant des douleurs persistantes dues à une affection vertébrale (35,1 %) par rapport à la population générale (18,1 %). [3]

### **Lombalgie psychogène liée à des TROUBLES SOMATIFORMES :**

La symptomatologie évoque une affection somatique, aucune anomalie organique n'est décelée mais ce n'est pas une simulation.

Hypochondrie : crainte préoccupante d'être atteint d'une maladie sérieuse, qui persiste malgré les examens rassurants.

Conversion hystérique : projection dans le corps d'un conflit sous forme symbolisée.

Somatisation : trouble fonctionnel sans lésion organique en réponse à des perturbations d'ordre émotionnel.

**L'évolution vers la DEPRESSION** est fréquente en cas de lombalgie chronique

Elle est plus souvent corrélée à l'importance du handicap qu'à la douleur chronique elle-même.

La prévalence de co- morbidité dépasse 50 %. [40]

## 2. Modèle multidimensionnel de la lombalgie chronique

La forme chronique de lombalgie commune met en jeu, comme dans la lombalgie aigue des structures multiples (disques, corps vertébraux, apophyses articulaires postérieures, ligaments muscles) dont les caractéristiques visibles à l'imagerie ne suffisent pas à expliquer l'expression.

Les signes cliniques ont une faible spécificité dans le domaine du diagnostic lésionnel précis de la lombalgie chronique commune, les composantes psychologiques et socioéconomiques modulent précocement la symptomatologie.

La sévérité des lésions anatomiques n'est pas un facteur déterminant prédictif de l'évolution vers la chronicité.

Le modèle de prise en charge de la lombalgie aigue est le modèle médical classique, en revanche c'est le modèle bio psycho sociologique qui permet de comprendre que lorsque la douleur passe d'une phase aigue à une phase chronique (à partir de 7 semaines d'évolution), la nociception devient moins déterminante que les facteurs psychologiques et sociaux dans l'incapacité. [32]

La lombalgie chronique est appréhendée en terme de douleur chronique et d'incapacité : [11]

- le modèle multidimensionnel de la douleur chronique : le vécu subjectif douloureux et son retentissement comportemental et émotionnel
- l'incapacité ou « limitation d'activité » qui intéresse le domaine de la clinique et le domaine économique et politique.

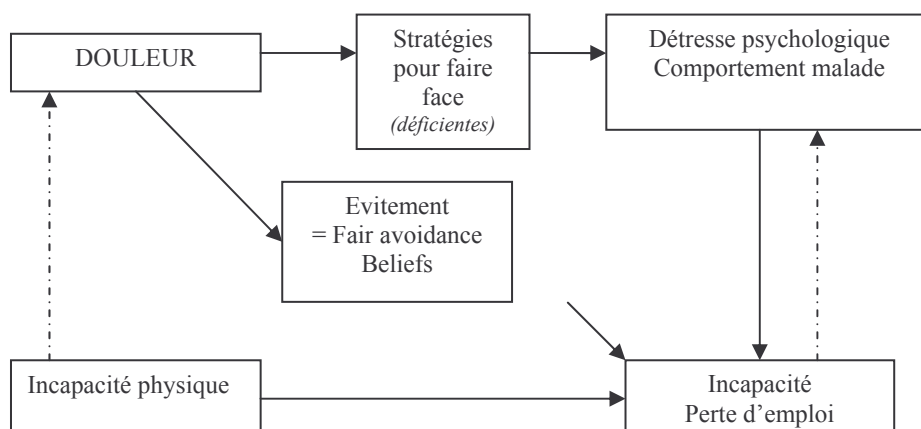


Fig. 12 : Principaux circuits cognitifs, comportementaux et affectifs possibles entre lombalgie et incapacité

D'après Waddell et coll. (1993) [11]

Il n'y a pas de relation établie entre l'invalidité et la douleur : [1] 47 % des lombalgiques hospitalisés, en activité professionnelle, souffrent encore après 2 ans. En matière de lombalgie, il est donc nécessaire de réfléchir avec le patient aux possibilités de reprise d'une activité professionnelle, sans exiger pour reprendre le travail la condition sine qua non d'une « indolence complète ».

Ainsi on peut définir la lombalgie par son retentissement en terme d'absence au travail. Le passage à la chronicité se détermine entre la 6<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine d'évolution (Paris Talk Force).

### **3. Les facteurs de risques de chronicisation [34]**

#### **Facteurs personnels : [34]**

**L'âge** élevé apparaît comme un facteur de risque de chronicité notamment après 45 ans.

**Tabagisme** important : les lombalgies paraissent plus fréquentes chez les fumeurs sans lien de causalité clairement démontré.

**Maladie de Scheuerman, lyse isthmique, scolioses**, ne sont pas plus fréquents chez les lombalgiques que chez les populations témoins.

**Les anomalies transitionnelles** semblent responsables de survenue plus précoce des lombalgies et représentent un possible facteur de risque de survenue de hernie discale.

**Les facteurs anthropométriques** : taille, poids, n'interviennent pas dans la survenue des lombalgies.

**La mauvaise condition physique** favorise la survenue des lombalgies, seuls certains sports pratiqués de façon intensive et dès le plus jeune âge pourraient provoquer des lombalgies (gymnastique, haltérophilie, tennis, football).

#### **Facteurs liés à la prise en charge initiale de la lombalgie**

L'importance de la médicalisation et de la prise en charge initiale de la lombalgie aiguë conditionne l'évolution de la lombalgie : l'intensité initiale des symptômes, et l'importance des lésions radiographiques ne semblent pas déterminants dans l'évolution des patients, en revanche une longue durée de l'arrêt de travail initial, une importante médicalisation, un diagnostic lésionnel très précis augmentent le handicap ressenti et favorisent l'évolution vers la chronicité. [13]

## Facteurs professionnels

### Les contraintes mécaniques

Un travail pénible : port de charges lourdes, postures prolongées, exposition aux vibrations.

Parmi les ouvriers agricoles :

42,9 %	manipulent des charges pendant au moins 2 heures par semaine
18,5 %	au moins 10 heures par semaine
11,4 %	au moins 20 heures par semaine

Les ouvriers agricoles qui manipulent des charges sont aussi soumis à des contraintes posturales position accroupie, en torsion (quoique dans une moindre mesure que les ouvriers du bâtiment), aux vibrations corps entier.

Ceux qui manutentionnent sont plus exposés aux intempéries et à des rythmes de travail élevé : normes de production, tâches interrompues, délais en une journée au plus... [43]

**Inadaptation du poste de travail** : l'absence de possibilité d'adaptation du poste de travail favorise l'absentéisme et l'invalidité.

### L'environnement au travail :

Les contraintes mécaniques ne résument pas à elles seules les facteurs de risques professionnels, l'environnement au travail, source d'**insatisfaction au travail**, est un grand facteur de risque d'évolution des lombalgies vers la chronicité :

De **mauvaises relations sociales** au travail, avec les collègues ou la hiérarchie, un travail ressenti comme **stressant**, considéré comme trop pénible et monotone, **une organisation de travail** laissant des marges de manœuvres faibles aux opérateurs : absence d'autonomie, absence de temps individuels de récupération, un environnement professionnel désagréable et bruyant, sont autant de source d'insatisfaction au travail.

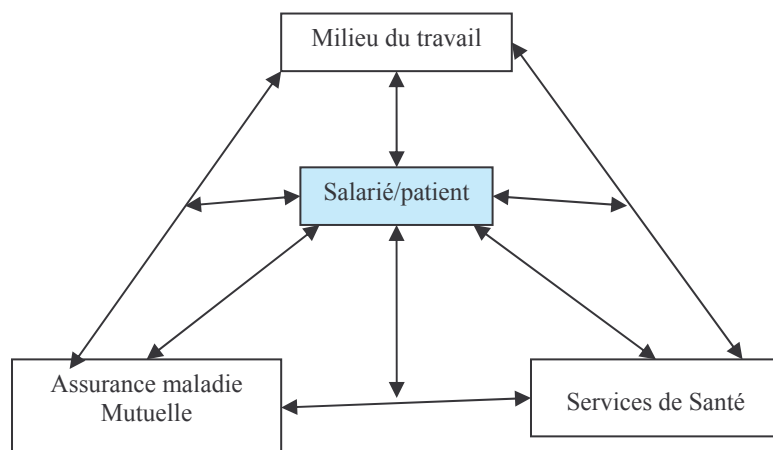


Fig. 13 : Modèle personne environnement de Loisel et coll. d'après [11]

## **Facteurs médico-légaux**

La prise en charge au titre **des accidents du travail** semble entraîner des périodes d'arrêt de travail plus longues.

Les **conflits médico-légaux** à l'origine de revendications, la notion de faute, la recherche de la reconnaissance sociale du handicap et de bénéfices financiers sont des facteurs de chronicisation.

## **Facteurs socio-économiques**

Plusieurs études ont montrés que de bas niveau d'éducation et de ressources, les problèmes financiers sont associés à un risque de chronicisation de la lombalgie.

Le statut familial peut aussi jouer un rôle : les personnes seules veuves ou divorcées ont un risque majoré, mais la présence d'enfants au foyer le minore.

## **Facteurs psychologiques** : cf. fig.12

- **Vulnérabilité émotionnelle à la douleur** [21] [40]

**La sensibilité anxieuse** peut modifier la présentation de la plainte et amplifier le vécu douloureux.

Elle favorise les biais d'interprétation : elle se manifeste, entre autre, par des craintes quant à la signification de la douleur, lorsque celle-ci est ressentie comme menaçant l'intégrité corporelle ou l'indépendance fonctionnelle. « Si la douleur persiste c'est qu'une maladie grave évolue .... »

L'angoisse est souvent associée à l'impression de perte de contrôle sur la situation et contribue aux difficultés à faire face à la douleur.

Ainsi dans les **comportements de peur avec évitement**, les patients interprètent de façon négative le rôle de l'activité dans l'aggravation de la douleur.

La majorité des lombalgiques croit que l'activité ou le travail risque de reproduire ou d'aggraver le mal de dos...

Ils interprètent mal les causes de la douleur : « Si la douleur persiste, c'est qu'une maladie grave est sous-jacente ». « Tel travail ou tel exercice physique est responsable de mon mal de dos ... »

Ils adoptent alors des conduites d'évitement responsables de déconditionnement. La peur de la douleur serait plus incapacitante que la douleur elle-même.

**Le catastrophisme** est l'état de focalisation exclusive du patient sur les aspects aversifs et négatifs de l'expérience douloureuse. Il augmente la sensation douloureuse et empêche l'adaptation du patient à sa douleur. Il est corrélé à la dépression, à l'incapacité fonctionnelle, à la kinésiophobie (peur du mouvement) et à l'évitement.

- |  |
|--|
| 1-C'est terrible, je pense que cela n'ira jamais mieux             |
| 2-C'est affreux et je sens que cela me submerge.                   |
| 3-Je pense que ma vie ne vaut pas la peine d'être vécue.           |
| 4-Je me tourmente tout le temps pour savoir si ça ne va pas finir. |
| 5-Je sens que je ne peux le supporter plus longtemps.              |
| 6-Je sens que je ne peux plus continuer comme cela.                |

Fig. 14 : Coping Strategy Questionnaire, Rosenstiel et Keefe. [21]

▪ **Capacités à faire face :**

La faible estime de soi quant à ses capacités à faire face, les attentes de solutions thérapeutiques externes passives et « un peu magiques » (l'efficacité des traitements est multipliée par 5 lorsque le traitement correspond aux attentes du patient) sont de facteurs de risque de passage à la chronicité.

A contrario, il existe des facteurs de protection : les patients optimistes ou ayant une bonne efficacité personnelle auraient moins de handicap et une meilleure tolérance à la douleur.

▪ **Comportement des patients par rapport à l'activité :**

L'ergomanie ou excès d'activité est un facteur facilitateur des douleurs chroniques : les « jusqu'au boutiste » « as much as I can » pratiquent des activités avec excès et ne s'arrêtent qu'à l'épuisement.

A l'inverse les patients dénommés « Feel Like Discontinuation » « j'arrête car j'en ai marre... » évitent toute activité du fait d'affects négatifs.

- **Les croyances et comportements des professionnels de santé**

L'ignorance de la dimension psychologique et sociale de la lombalgie qui renforce l'idée pour le patient que le corps est « une machine réparable », conduit à une surconsommation d'explorations et de traitements, avec sentiments d'échec, détérioration de la relation médecin malade, et majoration du handicap ressenti. [32]

De même, les croyances des médecins sur la lombalgie favorisent les croyances du patients : la croyance en l'effet néfaste de l'activité physique induit des prescriptions inutiles de repos et d'arrêt de l'activité. Pourtant, dans cette étude, 46 % des médecins évalués avaient suivi dans les trois années précédentes une formation sur la lombalgie ce qui montre les difficultés d'applicabilité des recommandations professionnelles. [21]

La précision diagnostique et l'offre de soin fortement médiatisée ont un effet potentialisateur de la symptomatologie.

## C.- Diagnostic, évaluation d'une lombalgie chronique [27] [41]

### 1. Définitions [1]

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) préconise la définition suivante : « *La lombalgie chronique est définie par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou (accord professionnel).*

Cette définition distingue la lombalgie chronique de la lombalgie aiguë en fonction de la durée d'évolution des symptômes (plus courte pour la lombalgie aiguë : dans 90 % des cas elle dure moins d'1 mois).

La Paris Task Force classe les lombalgies selon la durée des symptômes : [36]

- a) – stade aigu : moins de quatre semaines
- b) – stade sub-aigu : de quatre à douze semaines
- c) – stade chronique : au-delà de douze semaines

La durée de 3 mois qui définit la chronicité, ne doit en aucun cas, conduire le thérapeute à une attitude attentiste.

Toute lombalgie persistante entre sept et douze semaines d'évolution doit être préoccupante en raison de l'importance du risque de passage à la chronicité.

C'est dans cette période qu'il faut éliminer une lombalgie symptomatique, identifier les facteurs de risques de passage à la chronicité, évaluer la lombalgie et la prendre en charge de façon pluridisciplinaire.

La lombalgie n'est pas une maladie mais un symptôme qui peut relever de causes variées, et on distingue les lombalgies communes ou non spécifiques (mécaniques, sans altération de l'état général), des lombalgies symptomatiques ou spécifiques d'affections diverses plus rares mais qui doivent être reconnues précocement.

### 2. Eliminer une lombalgie symptomatique [42]

Devant un patient se plaignant d'une lombalgie persistante il faut avant tout évoquer et éliminer une **lombalgie symptomatique** *Il est recommandé de procéder à un examen clinique général, en particulier ostéo-articulaire et neurologique s'assurant de l'absence de signes d'alerte. (ANAES)*

La lombalgie symptomatique traduit une affection autonome et évolutive d'origine rachidienne (inflammatoire, infectieuse, tumorale, fracturaire) ou extra rachidienne (viscérale, vasculaire : anévrisme aorte abdominale...).

L'interrogatoire et l'examen clinique permettent de dépister, dans la plupart des cas, la nature symptomatique de la lombalgie.

En faveur :

- d'une fracture : un âge supérieur à 60 ans, des antécédents de traumatisme d'ostéoporose de traitement prolongé par corticoïdes.
- d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, une douleur non améliorée par le repos.

- d'une infection : un contexte d'immunosuppression, une porte d'entrée infectieuse, une fièvre, une douleur non améliorée par le repos
- d'une pathologie inflammatoire (spondylarthropathie, sacroiléite) : l'horaire inflammatoire de la douleur, forte raideur matinale, début progressif avant l'âge de 40ans...

Les examens biologiques (NFS, VS, CRP ), radio du rachis lombaire, face, profil et bassin seront demandés en première intention et complétés éventuellement dans un deuxième temps par une IRM lombaire en cas de doute persistant sur le caractère symptomatique de la lombalgie.

L'examen clinique ne permet pas de distinguer les sujets normaux, des sujets lombalgiques chroniques, mais il reste indispensable pour reconnaître **les urgences diagnostiques** :

Eliminer une lombalgie avec déficit neurologique important nécessitant des explorations complémentaires rapides.

Reconnaître les 3 urgences diagnostiques et thérapeutiques :

- Sciatique hyperalgique : douleur insupportable résistant aux antalgiques majeurs (opiacés)
- Lombosciatique paralysante avec un déficit moteur < 3 selon l'échelle MRC **cf. annexes**
- Syndrome de la queue de cheval défini par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention urinaire et d'hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

### **3. Indication des explorations radiologiques**

d'après les recommandations de l' ANAES

En dehors de la recherche d'une lombalgie symptomatique ou d'une urgence, il n' y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans le 7 premières semaines d'évolution, hormis les cas où le traitement comprendrait des manipulations ou des infiltrations. L'absence d'évolution favorable peut conduire à raccourcir ce délai.

Les examens par tomodensitométrie (TDM) ou résonance magnétique (IRM) permettant la mise en évidence d'un conflit disco radiculaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d' un traitement chirurgical (après au moins quatre à huit semaines d'évolution).

#### **4. Approche multidisciplinaire de la prise en charge**

On parle de multidisciplinarité lorsque des professionnels ayant des compétences différentes collaborent et font bénéficier le patient douloureux d'une approche personnalisée.

Cette approche consiste en :

- La prise en compte de la symptomatologie douloureuse concernant les différentes dimensions de la douleur lombaire chronique : la dimension physique et fonctionnelle, la dimension psychologique, la dimension socioéconomique.
- La lutte contre la déprogrammation générale du patient induite par la douleur, sous plusieurs aspects : l'aspect physique par la reprogrammation à l'effort, l'aspect comportementaliste par le repérage et la tentative de modifications des comportements inadaptés (abord éducatif et rééducatif) et l'aspect socioprofessionnel avec, au minimum, la mise en relation de l'équipe pluridisciplinaire avec le médecin du travail.

L'équipe minimale doit se composer de médecin compétent dans la prise en charge des affections du rachis (rhumatologue, médecine physique, ou algologue), de psychiatre ou psychologue, de kinésithérapeute, d'assistante sociale, d'ergothérapeute.

Elle doit fonctionner en relation avec d'autres partenaires pour une prise en charge individualisée adaptée : médecin du travail, médecin conseil, médecin traitant.

Elle peut s'organiser à l'hôpital en ambulatoire ou en hospitalisation (la durée de prise en charge peut être variable de 40 heures sur 1 à 2 semaines à 200 heures sur 5 à 6 semaines) ou sous forme de réseaux ville-hôpital, permettant d'associer les compétences hospitalières et libérales en complémentarité.

Les objectifs de cette prise en charge multidisciplinaires sont le contrôle et la gestion de la douleur, l'amélioration des capacités fonctionnelles, la correction d'éventuels troubles psychologiques et la réinsertion sociale et professionnelle.

Selon la Paris Task Force, les indications de la prise en charge multidisciplinaire sont les suivantes :

1. Avant la survenue de la lombalgie : pas de prise en charge multidisciplinaire.
2. Devant une lombalgie aiguë (évoluant de moins de 7 semaines) dont l'évolution est la guérison dans plus de 90 % des cas, il n'y a pas d'intérêt à une intervention multidisciplinaire mais des recommandations fortes :
  - Pas de repos strict au lit,
  - Inciter à une reprise rapide des activités de la vie quotidienne,
  - Prescrire un arrêt de travail le plus court possible,
  - Prescrire un traitement antalgique efficace.
  - Une information rassurante et positive doit être donnée.
3. Devant une lombalgie rebelle au traitement ou persistante entre 7 et 16 semaines : le risque de passage à la chronicité est important, il est recommandé une évaluation diagnostique multidisciplinaire et un dépistage le plus précoce possibles des facteurs de risques de passage à la chronicité.
4. Devant une lombalgie chronique (au-delà de 12 semaines d'évolution), la prise en charge multidisciplinaire est indispensable.

L'évaluation et la prise en charge multidisciplinaire s'établissent selon 3 axes :

### **L'axe diagnostique**

La douleur, principale plainte des patients lombalgiques chronique, doit être évaluée dans toutes ses dimensions.

**L'évaluation somatique** de l'appareil locomoteur et neurologique doit être complète, l'importance du déconditionnement physique sera appréciée : perte de flexibilité, diminution des capacités musculaires, réduction des capacités cardio-vasculaires, inhibition neuro-musculaire.

L'imagerie n'est utile qu'en complément de l'examen clinique pour confirmer le caractère commun de la lombalgie, il est nuisible de la répéter en l'absence d'élément évolutif.

**L'entretien psychologique** est essentiel, il permet de détecter anxiété, dépression, sentiment de dévalorisation, il apprécie la composante cognitive : peurs et croyances inappropriées, représentations.

Le contexte environnemental sera aussi exploré : stress, relations interpersonnelles familiales, professionnelles. (conflits)

Il dépistage des pathologies psychiatriques graves nécessitant une prise en charge très spécialisée.

La motivation au changement fait l'objet de très nombreuses recherches dans le domaine de la douleur chronique, un questionnaire inspiré de l'addictologie a été mis en place par Kerns en 1997 (cf. annexes) [47], l'évaluation du patient sous l'angle motivationnel permet de proposer un traitement individualisé.

Lors de **l'entretien de médecine du travail**, le médecin du travail s'intéresse à la carrière professionnelle (niveau de qualification, ancienneté dans le poste) et aux éventuelles pathologies professionnelles rencontrées par le salarié, il étudie le poste de travail : il évalue l'importance des contraintes professionnelles, il prévoit d'éventuels aménagements du poste Il est important aussi qu'il apprécie le niveau de satisfaction au travail.

**L'entretien social** apprécie l'environnement familial, le niveau de ressource le statut de reconnaissance du handicap. Il doit systématiquement rechercher un éventuel conflit médico-légal et préciser la situation du patient vis-à-vis des différents régimes susceptibles d'accorder une compensation financière : assurance maladie, régime accidents du travail, MDPH, régime de droit commun.

## L'axe de classification

Il existe des outils de référence qui permettent de quantifier l'intensité de la douleur et le retentissement fonctionnel. Ils sont très utiles aux thérapeutes pour évaluer la lombalgie et apprécier l'efficacité des mesures thérapeutiques. (cf. annexes)

- **L'échelle visuelle analogique (EVA)** permet de quantifier l'intensité douloureuse de façon simple.
- **L'échelle DRAD** (douleur du rachis : auto questionnaire de Dallas) est une échelle de qualité de vie spécifique des lombalgies chroniques, elle comporte seize échelles visuelles de remplissage rapide : les 4 scores obtenus donnent une estimation en pourcentage du retentissement de la douleur chronique sur les activités quotidiennes, les activités professionnelles, les loisirs, anxiété dépression, sociabilité.
- **L'échelle EIFEL** (échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évolution des lombalgies) est un auto questionnaire d'évaluation comportant 24 propositions à réponse binaire ; le score maximal de vingt quatre correspond à une incapacité majeure et un score minimal de zéro traduit l'absence d'incapacité.
- **Des tests fonctionnels simples** : durée de la marche, tests musculaires isométriques cliniques.
- les échelles **HAD**, **Hamilton** analysent certains traits de la personnalité et sont surtout utiles dans le cadre de la recherche clinique.

## L'axe du suivi

La durée du suivi ne fait pas l'objet de consensus, mais il doit être prolongé plusieurs mois.

Il comprend l'évaluation de :

- l'évolution de la douleur et son retentissement sur la qualité de vie
- l'importance du recours aux soins
- la qualité de reprise des activités antérieures professionnelles et extra professionnelles.

Le suivi a pour objectif d'éviter la médicalisation excessive tout en assurant un accompagnement thérapeutique qui reconforte le patient. [42]

**D. Stratégies de prise en charge thérapeutique non médicamenteuses des lombalgies chroniques : les mesures existantes** [1] [22] [21] [23], [42] [27]

Le but du traitement de la lombalgie est le contrôle de la douleur avec des antalgiques adaptés et rapidement efficace mais en évitant la dépendance aux traitements médicamenteux au long cours, d'améliorer la qualité de vie, de prévenir ou diminuer le handicap physique et psychologique et de permettre le retour au travail.

Les experts s'accordent sur l'importance de la prise en charge initiale de la lombalgie aiguë, qui doit s'attacher à limiter les examens d'imagerie, contrôler rapidement la douleur par un traitement antalgique optimal, éviter le repos au lit prolongé, encourager la reprise précoce des activités de la vie courante puis des activités professionnelles en limitant la durée de l'arrêt de travail.

L'identification précoce et la prise en charge des facteurs de risques de chronicisation sont essentielles. Pour Valat et coll., la prévention de l'invalidité lombalgique doit être considérée comme une véritable « urgence médico-sociale » : de nombreuses mesures thérapeutiques non médicamenteuses sont proposées dans ce sens.

### **1. Interventions cognitivo-comportementales :**

Elles agissent directement sur la perception de la douleur, sur la détresse émotionnelle et l'interprétation négative de la douleur.

Les entretiens sont basés sur l'empathie et l'écoute active : reformulation des mots du patient, renvoi de façon affirmative des émotions exprimées (et non de façon interrogative).

Les patients inclus dans les programmes de thérapie comportementales et cognitives doivent être sélectionnés : ils doivent avoir compris les enjeux et les motivations, ils ne doivent pas souffrir d'une pathologie addictive ou de troubles psychiatriques lourds.

**Les techniques de restructuration cognitives** permettent d'identifier puis modifier la compréhension et la représentation qu'ont les patients de la douleur et de l'incapacité.

Elles utilisent l'information, l'éducation, la reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter.

Le principe de **la thérapie comportementale** est de supprimer les facteurs de renforcement des comportements douloureux et renforcer les comportements «bien portants». Ses objectifs sont de :

- Renforcer l'efficacité personnelle par l'apprentissage de stratégies de « coping » et de réassurance
- Accroître les performances des patients en limitant la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement physique par une réactivation physique progressive et l'exposition graduée aux situations redoutées et évitées « le pacing ».
- Diminuer le ressenti douloureux par l'apprentissage de la distraction cognitive vis-à-vis de la douleur.

Elle nécessite des équipes interdisciplinaires. (psychologues, rééducateurs)

Dans **la relaxation** avec désensibilisation en imagination, la réponse physiologique est modifiée directement par la réduction des tensions musculaires.

Dans la pratique, ces interventions sont rarement utilisées seules mais comme un élément d'un programme thérapeutique. Elles entraîneraient une diminution des plaintes douloureuses, de l'incapacité et de la dépendance par rapport au milieu soignant. En favorisant un engagement actif et personnel du patient, elles seraient plus efficaces qu'un reconditionnement physique.

Selon l'ANAES : [42] *Les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente. Aucune technique n'est supérieure aux autres. Les thérapies comportementales associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie, etc..) semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul.*

Fig. 15 : Exemple de programme d'approche comportementale et cognitive au centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de l'hôpital Saint Antoine à Paris  
D'après [20]

## → Approche comportementale et cognitive

Nous exposons ici un exemple de programme, effectué depuis de nombreuses années, au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Saint-Antoine, à Paris. Il reprend les grands principes et les modalités des programmes ayant montré leur efficacité dans la littérature. Les patients inclus souffrent de lombalgie chronique, en échec des autres thérapeutiques. Ils sont inclus selon leur motivation et leur capacité à s'investir dans un groupe, avec des « tâches » à effectuer pendant et entre les séances.

**L**e programme comprend une séance d'information et de motivation, suivie de six séances de deux heures chacune et se déroulant à une semaine d'intervalle. Des séances de rappel sont prévues tous les trois mois environ. Chaque patient possède un agenda sur lequel il note les « tâches » à effectuer, dans la semaine, entre les séances. Un médecin et un kinésithérapeute expérimentés pilotent le programme. L'étape préalable à la prise en charge est la formulation par les patients des objectifs personnels à atteindre. Les objectifs sont discutés individuellement afin d'être les plus réalistes possibles. Cette prise en charge s'établit dans un climat d'écoute et d'empathie avec renforcements positifs des succès.

• **Le programme met l'accent sur le « coping ».** Il s'agit de la capacité à s'adapter, à s'ajuster, à faire face. En effet, les stratégies de coping mises en place par le patient sont souvent inappropriées (stratégies passives tels l'évitement, la prière, le catastrophisme). Le programme permet un « coping » actif, afin d'apprendre aux patients à gérer les crises douloureuses, en les aidant à se poser les bonnes questions sur les facteurs en cause (aspects physiques, psychologiques) et à trouver leurs propres solutions.

• **Une reformulation permanente** (thérapie cognitive) est faite afin que les patients comprennent chaque étape du programme et en quoi il diffère de ce qu'ils ont préalablement appris. Pour favoriser l'accrochage relationnel, l'acquisition des étapes cognitives est bien évaluée au fur et à mesure afin de pouvoir poursuivre le programme. Par exemple, la reformulation porte sur « Cela fait mal donc c'est dangereux », « Porter ce n'est pas bon », « On m'a interdit le sport », « Ma colonne est fragile », « Il faut payer après avoir fait un effort ». La croyance que le retour à l'état antérieur (avant l'accident...) est possible n'est pas un objectif réaliste, ni d'ailleurs la recherche du niveau de douleur zéro.

• **L'information est une notion clé du programme.** Elle permet de rassurer les patients sur la bénignité des lésions (pas de cancer), sur l'absence de parallélisme entre les crises douloureuses et les lésions anatomiques, sur la capacité à se mobiliser sans risque, sur l'importance du mouvement et à l'inverse, sur les effets négatifs

du repos, sur l'absence d'évolution grave à long terme (pas de risque de fauteuil roulant), et sur les mécanismes physiopathologiques de la douleur chronique (auto-entretien en cercle vicieux douleur/contraction/inaction, intrications de multiples facteurs...).

• **Le reconditionnement à l'effort** est mis en place dès la première séance. Il comprend le renforcement musculaire, la lutte contre la peur du mouvement, l'intégration des exercices dans la vie quotidienne et l'exploration de nouveaux schémas moteurs. Différents mouvements sont proposés. Il s'agit de l'ergonomie dans la préhension des objets, des étirements, du verrouillage lombopelvien, du dérouillage matinal et des exercices de renforcement musculaire. Les exercices sont réalisés à quota, de façon à réaliser une séquence activité - non douleur qui renforce la réalisation des exercices et se substitue à la séquence spontanée des malades. En effet, ceux-ci mènent les activités physiques jusqu'à la limite tolérable, réalisant une séquence de punition. Tous les exercices proposés sont systématiquement mis en perspective dans le quotidien et les patients partent avec un programme individuel avec tenue d'un agenda (prescription de tâches). L'objectif est de mettre les patients en situation de succès et de transformer les comportements réactionnels en des comportements anticipés, de gestion de la douleur.

• **La relaxation** est une des clés du programme. En effet, les patients ont remarqué l'importance du stress comme facteur de recrudescence douloureuse et certains décrivent une tension voire une sensation d'anxiété permanente. La relaxation permet d'améliorer la douleur, les contractions musculaires, le stress et l'insomnie. Les premières séances sont effectuées à domicile à l'aide d'un support audio. L'entraînement doit s'effectuer par étapes, d'abord allongé, au calme, puis utilisé dans la vie quotidienne (réflexe de relaxation/respiration). La relaxation permet aux patients de se préparer aux situations difficiles. Un rythme d'une à deux séances par jour (de 10 minutes environ) est recommandé. Les difficultés sont abordées à chaque séance et une séance collective effectuée au cours du programme. ●

## **2. Programmes de réductions des peurs**

Leur principe se base sur la théorie des « fear-avoidance-belief » : peurs et évitements fondés sur des convictions concernant la douleur, dont les répercussions entraînent la réduction du taux de retour au travail et des performances physiques à tous les stades de la lombalgie.

Ces programmes consistent à éduquer, informer, rassurer les patients à travers un document écrit ou des moyens multi médias : les informations données sont rassurantes sur la lombalgie, et encouragent à la reprise précoce des activités et du travail....

Ces interventions simples, peu coûteuses, faciles à mettre en place, semblent prometteuses quant à l'amélioration de certains paramètres liés au mal de dos. [11].

## **3. Traitements par exercices physiques :**

Une diminution de la proportion de certaines fibres musculaires du tronc chez les lombalgiques chroniques serait responsable des diminutions des capacités d'endurance. Des biopsies ont été pratiquées avant et après les exercices physiques et concluent que la pratique d'exercices de renforcement musculaire entraînerait une réversion de l'atrophie des fibres musculaires. La stabilité lombaire est directement liée à la composante musculaire d'où l'idée du renforcement musculaire des muscles peri-rachidiens.

Peu de méthodes ont démontré une efficacité certaine.

La neurostimulation transcutanée est peut être la seule à être validée pour son efficacité sur la douleur. [20]

L'ergothérapie, des conseils d'hygiène de vie, améliorent l'adaptation du patient à sa vie quotidienne. [20]

A un stade aigu de la lombalgie : la pratique d'exercices physiques ne semble pas intéressante, alors que le maintien d'une activité quotidienne normale est fortement recommandée (le repos au lit est déconseillé).

Chez les patients lombalgiques chroniques, les exercices physiques intensifs de musculation et de réadaptation à l'effort : musculation des extenseurs du rachis, des abdominaux, et reconditionnement global à l'effort (bicyclette ergométrique) sont indiqués.

(Seront exclus les patients porteurs de pathologies contre-indiquant l'effort, atteints de maladies psychiatriques ou souffrant compression radiculaire symptomatique) [46]

Les techniques rééducatives antalgiques (mobilisations passives, massages,) ne doivent jouer qu'un rôle adjuvant en rendant moins pénibles les exercices physiques et en améliorant la relation entre le thérapeute et le patient ; utilisées isolément, elles pourraient favoriser un comportement passif et dépendant du patient. [20]

Ainsi, la rééducation aurait des effets positifs, pour les stades subaigus et chroniques, sur la douleur et l'incapacité (les résultats semblent se maintenir à 6 mois et à 1 an chez la plupart des patients.), mais sans qu'il soit possible de préciser quel type d'activité physique serait le plus intéressant.

On peut donc penser que c'est la réactivation physique qui est l'ingrédient thérapeutique essentiel.

La poursuite d'une auto rééducation prolongée qui améliore la condition physique du patient, si possible remplacée par une activité sportive, est recommandée.

## **4. Interventions combinant plusieurs modèles ou principes :**

### **Les écoles du dos**

Selon l'INSERM (1999) la définition des écoles du dos est la suivante :

*Toute forme de programme éducatif, dispensé en groupe, qui vise à favoriser chez les participants aussi bien des apprentissages de nature cognitive, que des apprentissages sensori-moteurs permettant de réduire les efforts mécaniques s'exerçant sur la colonne vertébrale.*

L'objectif principal des écoles du dos est l'éducation du patient en donnant des informations générales sur le rachis (anatomie), des recommandations sur les bonnes postures et sur les exercices à faire, et en insistant sur l'importance d'une activité physique quotidienne.

Elles ont donc pour finalité de transmettre un « savoir être », c'est à dire une attitude vis-à-vis de la douleur et de la prise en charge médicale

Une revue de la littérature a permis d'évaluer les écoles du dos : [11]

L'école du dos, associée à des exercices physiques, est plus efficace à court terme (6 mois) sur la douleur qu'une information simple (mais sans effet à 1 an). [42]

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.

En milieu du travail, les écoles du dos réduisent la douleur, améliorent le statut fonctionnel et le retour au travail, par rapport à d'autres traitements, à un traitement placebo, ou à une mise sur une liste d'attente. [22]

Le simple transfert de connaissance est pratiquement toujours insuffisant à lui seul pour traduire un changement durable de comportement : seulement 4 % des salariés se souviennent d'avoir fait une formation gestes et postures à deux ans de cette intervention. [18]

Ainsi, pour être efficace, un programme d'école du dos devrait permettre aux participants de se réappropriier les techniques et connaissances proposées, pour les appliquer à leur environnement personnel tant que professionnel qu'extra-professionnel.

Ce processus de réappropriation devrait être progressif et étalé dans le temps : une étude de 1994, concluait à une plus grande efficacité des écoles suédoises en milieu du travail, de longue durée (plus de 3 semaines). Il devrait transformer le participant en « acteur » de son dos, tant par sa gestuelle personnelle que par les modifications de son environnement et le mettre en situation de résolution des problèmes.

Fig. 16 : Un exemple d'école du dos d'après [21]

## → École du dos de Saint-Antoine : se motiver, vaincre ses peurs et réapprendre à faire

Jean-Luc Wertenschlag / Masseur Kinésithérapeute,  
Master 2 en Ergonomie

Le programme comprend sept séances, une séance de motivation où sont présentés les objectifs thérapeutiques et pédagogiques et six séances hebdomadaires de deux heures trente chacune.

Au cours de la séance de motivation, une vérification des critères d'inclusion est faite et un film « maison » projeté, des questionnaires sont remplis par les participants pendant environ une heure.

Les séances se déroulent de 9h30 à 12 heures, en insistant sur la nécessité de présence et de ponctualité. Chaque séance se décompose en 1 heure de résolution de problèmes (discussion, éducation, formation, travail cognitif sur les peurs et croyances et un travail sur les comportements) et 1 heure 30 d'activités gymniques avec application immédiate à la vie quotidienne.

Le groupe d'animateurs se compose d'un médecin, rhumatologue, expérimenté dans l'approche comportementale et cognitive et d'un kinésithérapeute-ergonome, titulaire d'un DU de thérapie cognitive et comportementale appliqué aux douleurs chroniques, complété par une psychologue spécialisée en relaxation.

Un support de relaxation, de type CD, est proposé ainsi que la possibilité de téléchargement de fichiers audio de relaxation via le site du réseau Lutter Contre la Douleur ([www.reseau-lcd.org](http://www.reseau-lcd.org)).

### Objectif: un meilleur contrôle de la douleur

Les groupes sont constitués de 6 à 8 personnes.

Les patients sont des lombalgiques chroniques pouvant présenter des irradiations radiculaires de type sciatique ou cruralgie, opérés ou non. Les patients présentant des arthroses évoluées des hanches et/ou des genoux ne pourront effectuer les exercices demandés lors de la réactivation physique.

La stabilisation articulaire obtenue par la pratique des exercices spécifiques améliore l'utilisation et l'utilisabilité des articulations des membres inférieurs, réduisant ainsi les « handicaps » liés à la sédentarité et au manque d'activité physique.

La disparition de la douleur n'est pas l'objectif du programme mais son meilleur contrôle. Apprendre comment faire avec et en comment en faire plus.

### Un contrat qui engage le patient

La motivation pour une prise en charge de type cognitivo-comportementale est exigée ainsi que pour le travail

de groupe. Un véritable contrat explicite est signé par les participants, dans lequel ils s'engagent à se rendre disponible une demi-journée par semaine pendant les six semaines du programme, à être assidu et à travailler tous les jours à leur amélioration.

Lors de la première séance thérapeutique, un dossier contenant des brochures est remis aux participants. Celles-ci sont détaillées et il leur est demandé de les étudier afin de nous poser toutes questions utiles lors des séances suivantes.

### Une réactivation physique et fonctionnelle progressive

Les exercices reposent sur une meilleure utilisation des membres inférieurs et passent par la récupération de capacités fonctionnelles.

Le premier exercice consiste à permettre la récupération de la capacité de s'accroupir. Cette récupération implique la connaissance des limites de chacun pour cette activité. Un test est donc nécessaire qui sert de « baseline ». Celui-ci consiste en une préparation au geste correct, par correction de la posture et des consignes strictes quant à la position, puis on demande aux participants de réaliser le maximum d'accroupissements dans cette position corrigée durant un temps fixe (1 minute en général, 30 secondes pour les personnes dépassant les 85 kg). Ce test détermine « la dose maximum à ne pas dépasser » et permet une prise de conscience des limites physiques et physiologiques. « La dose efficace » consiste à prendre les 2/3 ou 70 % du maximum, et comme tout bon traitement, à le prendre trois fois par jour, en séparant chaque accroupissement de deux pas.

Ce principe de travail, dit « a quota », permet une approche du fractionnement de l'activité dynamique, des constats de réussite, mais surtout une réactivation physique et fonctionnelle.

Les autres exercices proposés sont répartis sur les six séances et notés sur une grille hebdomadaire d'observation : le « chevalier servant » à la première, les transferts au lit et la bascule du bassin lors de la seconde, se coucher au sol, le dérouillage matinal et les abdominaux médicaux couchés à la troisième, assis et debout à la quatrième, le port de charge et l'auto-grandissement axial actif à la cinquième. ●



## Les programmes de retour au travail

Il s'agit de programmes de prévention secondaire visant à mettre en place une intervention précoce vis-à-vis du travailleur avant qu'un processus de chronicisation de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle n'ait pu s'installer durablement.

Ils concernent des salariés en arrêt de travail pour rachialgie.

On distingue 2 types d'interventions :

**Work Conditioning** : (reconditionnement au travail) : Interventions mono disciplinaires s'intéressant au reconditionnement physique et aux activités fonctionnelles liées au poste de travail.

**Work Hardening** : (réentraînement au travail) : Interventions pluridisciplinaires, comprenant une prise en charge des besoins physiques et fonctionnels, une intervention psychosociale et des simulations de poste de travail.

Différentes analyses de la littérature ont tenté d'évaluer ces programmes : [11] [22]

En terme de réduction d'absentéisme au travail et d'amélioration du statut fonctionnel : les programmes de conditionnement physique comprenant une approche cognitivo-comportementale et un entraînement physique intensif, sont efficaces pour les lombalgies chroniques : réduction de l'absentéisme au travail sur 12 mois, de 45 jours en moyenne, par rapport à la prise en charge classique par le médecin traitant, mais il n'y a d'efficacité dans les lombalgies aiguës.

En ce qui concerne les patients ayant subi, pour la première fois une intervention de chirurgie discale, les programmes de revalidation débutant entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine post opératoire ont un effet favorable incontestable sur le retour au travail.

Ainsi, une revalidation multidisciplinaire aide à reprendre le travail plus tôt, réduit les absences ultérieures et diminue le handicap.

L'intervention ne doit pas intervenir trop tôt (les lombalgies aiguës évoluant naturellement vers la guérison dans la majorité des cas), mais entre la 4<sup>ème</sup> et la 6<sup>ème</sup> semaine d'arrêt de travail.

Une visite en milieu du travail du patient (analyse ergonomique de la situation de travail, implication du supérieur hiérarchique direct) accroît l'efficacité du programme.

## **Les programmes « multidisciplinaires »**

Basées sur le concept biopsychosocial, ces interventions multidisciplinaires sont assez lourdes et ont lieu dans des centres de rééducation ou des centres de traitements de la douleur

Ils incluent : séances d'éducation (cf écoles du dos), exercices physiques intensifs de musculation et de réadaptation à l'effort, relaxation, thérapies comportementales et cognitives, conseils ergonomiques.

Ils se font souvent en hospitalisation de 3 à 6 semaines avec interventions de kinésithérapeutes, médecin rééducateur et psychiatre, assistante sociale, ergothérapeute

C'est une prise en charge globale dont la finalité est la réinsertion sociale et professionnelle, voire la réinsertion familiale.

Ils s'adressent à des patients atteints de lombalgies chroniques ou récidivantes mêmes anciennes et opérées. (Les patients présentant des signes de compression radiculaire, atteints de maladie psychiatrique, ou porteurs de pathologie contre indiquant les efforts, devront être exclus ...).

La conférence de consensus « Prise en charge kinésithérapique du lombalgique » [46] a conclu à l'efficacité de ces programmes de prise en charge multi disciplinaire avec hospitalisation dans un centre spécialisé, chez des patients lombalgiques chroniques très motivés.

Ils sont plus efficaces à court et à moyen terme (1an) sur la douleur et l'état fonctionnel du lombalgique chronique que des prises en charges moins intensives. Ces programmes semblent également favoriser la reprise du travail à court terme. [42]

Ils doivent cependant être limités à la réinsertion professionnelle de patients déjà traités correctement mais sans résultats par d'autres méthodes.

### III. QUEL ROLE POUR LE MEDECIN DU TRAVAIL

#### A. Individuellement

Le médecin du travail a pour mission légale de prévenir toute dégradation de l'état de santé des salariés au travail.

Il a connaissance du milieu du travail.

Il peut agir sur les facteurs connus de risque professionnel et a un rôle clé pour maintenir le salarié dans l'emploi.

Il rappelle aux employeurs les aspects réglementaires et normatifs concernant les manutentions manuelles de charges et les vibrations corps entiers.

Il participe aux obligations d'information sur les risques liés au travail : il peut donc expliquer l'importance d'une stratégie bien conduite de retour à l'emploi dans la lombalgie chronique.

**Dans le cadre d'une stratégie de reprise du travail bien conduite**, 3 éléments sont importants :

Le **signalement précoce** au médecin du travail d'un salarié en voie de chronicisation :

La connaissance par le médecin du travail d'épisodes répétés de lombalgie aiguë ou de chronicisation des douleurs peut avoir lieu lors de la visite systématique, ou lors de la visite de reprise après un arrêt de travail de plus de 8 jours (AT ou MP) ou de plus de 21 jours (en maladie).

En revanche dans le cas d'arrêt de travail très prolongé, le médecin du travail n'est pas informé de la cause de cet arrêt, la visite de pré reprise avant la fin de l'arrêt de travail déclenchée par le médecin conseil, le médecin traitant ou le salarié, peut permettre au médecin du travail d'intervenir précocement.

Le médecin du travail doit entretenir des **relations** étroites et coordonnées avec l'équipe assurant la prise en charge thérapeutique, le médecin conseil et l'assistante sociale.

En milieu du travail, l'approche doit être pluridisciplinaire. Le médecin doit collaborer avec les **ergonomes**, afin d'aménager le poste ou d'agir sur l'ensemble des déterminants de l'organisation du travail.

## Quels sont les moyens d'intervention dont dispose du médecin du travail ? [18]

**L'encouragement à reprendre son activité** est la seule intervention du médecin du travail validée.

Lors de l'accompagnement du salarié lombalgique : il est nécessaire de réfléchir avec le patient aux possibilités de reprise d'une activité professionnelle, sans exiger pour reprendre le travail la condition sine qua non d'une indolence complète.

**Le non port de charges lourdes** : La réglementation Française actuelle limite le port de charges à 25 kg pour les femmes et à 55 kg pour les hommes. La réglementation Européenne incite l'employeur à ne pas faire porter des charges supérieures à 25 kg pour les hommes et à 15 kg pour les femmes, et à fournir le matériel de levage nécessaire à l'exécution de tâches pénibles.

Ce critère ne repose sur aucune évaluation et suppose dans certaines entreprises une inaptitude au poste de travail.

**Le mi temps thérapeutique** toujours temporaire, en général bref (1 à 6 mois), peut favoriser un reprise d'activité progressive, un réentraînement à l'effort, il permet de lutter contre la peur de la reprise et la crainte de déclencher une nouvelle crise douloureuse (il n'est pas toujours possible car nécessite l'accord de l'employeur et du médecin conseil).

**L'accompagnement du salarié dans sa reprise du travail.** Les relations conflictuelles dans l'entreprise (avec la hiérarchie ou entre collègues) sont des facteurs de chronicisation de la lombalgie. Le médecin du travail peut tenter de résoudre ces conflits par la négociation.

**Les mesures visant à améliorer l'ergonomie** : changement d'organisation et aménagement du poste de travail en jouant sur l'architecture ergonomique (construire un espace de travail le plus proche possible de la perfection pour éviter les mouvements anachroniques du rachis) et sur l'utilisation de matériel ergonomique.

**Les formations « gestes et postures »**: permettent d'apprendre au salarié la façon dont on doit soulever les charges lourdes et utiliser son rachis.

Cependant, les différentes études ont démontré le faible impact de ces formations sur la réinsertion professionnelle : seulement 4 % des salariés se souviennent d'avoir fait une formation gestes et postures à deux ans de cette intervention.

### **Reclassement et formation professionnelle**

Seules les grandes sociétés sont capables de faire face au besoin de formation dans un sens de reclassement professionnel qualifiant.

S'il y a impossibilité d'aménager une activité professionnelle du salarié au sein de son entreprise (modification du poste ou reclassement interne), l'inaptitude au poste sera prononcée par le médecin du travail, ce qui équivaut à un licenciement pour raison médicale. Le médecin du travail oriente alors le salarié vers des organismes de reclassement pour envisager une reconversion professionnelle.

Une **expérience de collaboration médecin du travail/centre d'évaluation et traitement de la douleur** a eu lieu : [29]

La médecine du travail propose une vision globale de l'individu par un abord clinique socio familial et professionnel.

Une expérience de 4 ans d'intégration du médecin du travail dans une équipe pluridisciplinaire du centre d'évaluation et traitement de la douleurs de Nantes a été conduite. L'intervention du médecin du travail, pour la construction aussi précoce que possible d'un projet de réinsertion chez le douloureux chronique, dans un centre de traitement de la douleur, est encore exceptionnelle en France mais déterminante.

Le médecin du travail est impliqué très précocement et conduit le bilan socio professionnel.

Il joue un rôle d'information et de conseil.

Il participe à l'élaboration du projet professionnel individualisé du patient qui doit cependant rester acteur.

Il est le relais entre les soins et le monde du travail.

Quand rien ne peut plus aboutir sur le plan professionnel, c'est un projet de vie qui est alors envisagé.

L'évaluation de cette intervention socio professionnelle n'a pas encore été publiée.

Les auteurs pensent qu'il serait nécessaire d'organiser des filières de soins coordonnées, plus précocement encore, avant le passage à la chronicité.

## **B. En réseau, en entreprise, les programmes de réadaptation au travail** [3] [22]

Selon Loisel [3], **un consensus sur le contenu des programmes de réadaptation au travail** existe : il repose sur les quatre piliers du retour au travail : P.A.R.T.

Un **PARTENARIAT** est nécessaire entre les salariés et leur entourage, les entreprises, le système de santé, les organismes de protection sociale.

La qualité de la communication, le partage d'objectifs communs, la coordination des actions des différents partenaires sociaux, l'implication des salariés en tant qu'acteurs, favorisent le retour au travail.

L'**ACTIVITE** doit être encouragée à tous les stades de la lombalgie.

La prescription de repos au lit est à bannir.

La recommandation de poursuivre les activités de la vie courante dès que possible au stade aigu est plus efficace que les exercices de rééducation.

La **REASSURANCE** sur l'état de santé et sur le devenir du salarié lombalgique :

De simples programmes d'information visant à réduire les peurs et les croyances inappropriées (j'ai une maladie grave ... l'activité physique va aggraver mon mal de dos ...), et encourageant la reprise rapide des activités et du travail ont un impact favorable sur l'absentéisme et la récurrence des douleurs.

L'inclusion du milieu du **TRAVAIL** dans les programmes de réadaptation diminue la durée de l'arrêt de travail.

**Au Canada**, des programmes expérimentaux ont été proposés par Loisel et coll. depuis 1991 : Modèle de Sherbrooke puis Programme PREVICAP (prévention du handicap)

### **L'essai randomisé de Sherbrooke (1991-1995)**

Il a été mis en œuvre au sein de 35 entreprises (comptant au moins 175 travailleurs) dans la région de Sherbrooke au Québec et s'adressait à tous les travailleurs absents du travail (ou travail adapté) à cause d'une lombalgie depuis 4 semaines au moins et 3 mois au plus.

Le programme combinait à la fois une prise en charge médicale et une intervention dans le milieu du travail : intervention multidisciplinaire avec coordination entre le médecin du travail, un ergonomiste, le salarié et son supérieur hiérarchique, des représentants de la direction et des syndicats.

Des modifications du poste de travail étaient conseillées mais non imposées à l'employeur.

**Résultats** : raccourcissement significatif du délai nécessaire à la reprise du travail (60jours) par rapport au sujets témoins bénéficiant des soins médicaux habituels (120j) et amélioration de la qualité de vie.

**Le programme PREVICAP [3]** (1995-2006) a pris la suite de l'essai de Sherbrooke.

Son principe repose sur la prise en charge **précoce** des salariés ciblés par une **équipe pluridisciplinaire** : rééducateur, ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin, psychologue.

Une collaboration systématique avec les conseillers en réadaptation de l'assureur, avec l'employeur et le médecin traitant est instaurée.

Le programme comprend 2 activités majeures :

**Le diagnostic de la situation de handicap au travail** dans le but d'éliminer un diagnostic de gravité et de formuler un diagnostic bio psycho social sur les causes de la prolongation d'une incapacité.

**Le retour thérapeutique au travail** : retour progressif et supervisé au poste régulier ou à un poste aménagé, d'abord avec des tâches allégées puis progressivement en augmentant les contraintes, les cadences et la durée du travail, jusqu'à la reprise du travail habituel.

Les différents types d'interventions sont variables en fonction du stade de prise en charge : ergonomie participative, école du dos, programme de retour thérapeutique au travail.

Evaluation et résultats : Les sujets traités ont eu en moyenne dix mois d'absence au travail et 70 % d'entre eux sont retournés au travail à la fin du programme (alors que les données normatives indiquent que seules 50 % des personnes ayant six mois d'arrêt de travail retournent au travail et 25 % en cas d'arrêt d'un an).

## En France

Des programmes issus des essais de Sherbrooke ont été mis en place ou sont en voie de l'être :

**Le Programme ACTH [13] [48]** : « Amélioration des Conditions de travail des Travailleurs Handicapés par une lombalgie chronique »

Cette étude a été mise en place de 1998 à 2000 afin de vérifier la faisabilité et l'intérêt de la démarche de prise en charge globale. Elle s'appuyait sur l'intervention de médecins du travail et sur 2 centres de rééducation fonctionnelle.

Le programme consistait en l'évaluation multidisciplinaire des facteurs de risques (individuels, somatiques et psychosociaux), des exigences de la situation de travail (contraintes posturales et manutention, facteurs organisationnels et relationnels du travail).

Un double contrat était établi : pour la personne handicapée (contrat de soin, de restauration fonctionnelle et engagement à reprendre le travail) et pour l'entreprise (engagement pour l'amélioration des conditions de travail en vue du retour de la personne handicapée).

Le salarié lombalgique avec 105 jours d'arrêt de travail consécutifs (15 semaines) est **identifié** par le médecin du travail d'un service interentreprises, le médecin généraliste, le médecin spécialiste, le médecin conseil, puis est adressé à la consultation hospitalo-universitaire de pathologie professionnelle.

Il bénéficie **d'une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire** (médecin du travail / interniste, médecin de rééducation fonctionnelle, médecin psychiatre, ergonomiste) recueille les informations sur le contexte professionnel et se met en rapport avec le médecin du travail du service inter entreprise pour évaluer la faisabilité de l'action en entreprise.  
(le médecin généraliste participe au téléphone à la synthèse )

Un programme de **reconditionnement à l'effort** est proposé dans un centre de rééducation (en internat ou en hospitalisation de jour) :rééducation intensive, par groupe de 6 à 8, 6heures par jour, 5 jours par semaine, pendant 5 semaines.

Equipe multidisciplinaire : médecin, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, ergonomiste.  
Une **intervention ergonomique** permet à mi parcours d'orienter la restauration fonctionnelle par la simulation de situations de travail dans le cadre du centre de rééducation.

Dans un deuxième temps une **intervention ergonomique en entreprise** accompagne sur la durée la transformation du travail, reprise à temps complet ou à temps partiel thérapeutique, au même poste ou sur un autre poste.

Les évaluations ont eu lieu à 6 mois, 1 an, 2 ans, et portaient sur le maintien dans l'emploi, le nombre de jours d'arrêt de travail, la durée quotidienne du travail, l'adaptation du poste ou changement de poste.

### Résultats :

138 salariés ont été accueillis à la consultation multidisciplinaire

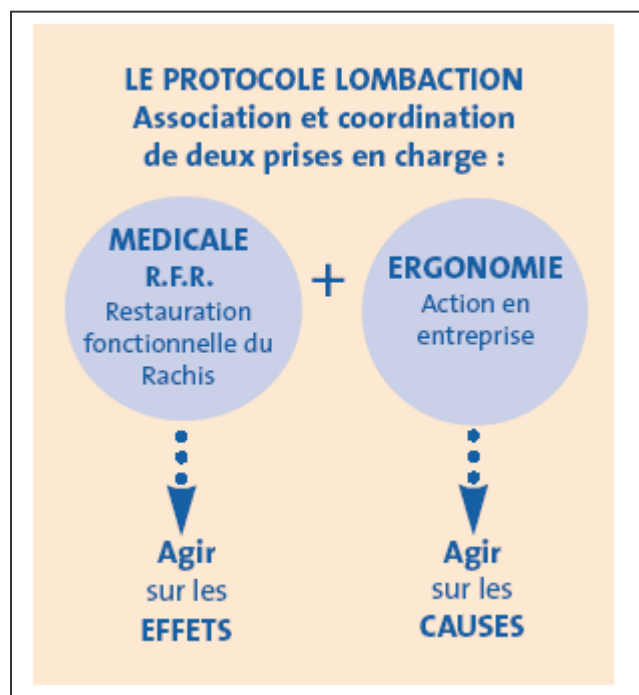
108 patients lombalgiques ont été inclus dans le protocole

Sur ces 108 personnes, 60 travaillaient et 48 étaient en congé maladie menacées de licenciement pour inaptitude quand elles ont été intégrées au stage de reconditionnement à l'effort.

En fin de session, 83 % des 60 personnes en poste n'ont connu aucun arrêt de travail un an après la reprise de leur activité et 73 % des personnes en arrêt de travail (sur les 48) reprenaient leur poste.

A un an, 72 % de ces 48 personnes étaient toujours en activité.

### Le Protocole LOMBACTION



Il fait suite au programme ACTH

Il a le même principe de prise en charge globale et multidisciplinaire, mais avec une plus forte implication dans la démarche des médecins généralistes, des rhumatologues et des kinésithérapeutes libéraux de 3 départements, 2 centres de rééducation fonctionnelles et les services de santé au travail.

## Le programme RTP Reprise Thérapeutique au Poste de Travail. (Dr LAPIERRE)

Programme expérimental qui tente de transposer le programme canadien PREVICAP en France.

Il consiste en la prise en charge précoce de salariés atteints de TMS d'origine professionnelle, par une équipe pluridisciplinaire avec un retour thérapeutique précoce au travail et un suivi personnalisé.

30 salariés en arrêt de travail de plus de 8 semaines pour TMS d'origine professionnelle avec retour thérapeutique précoce au poste ajusté voire aménagé si nécessaire avec maintien des IJSS (indemnités journalières de sécurité sociale) pendant 12 semaines.

L'équipe pluri disciplinaire appelée cellule technique est constituée d'un médecin du travail coordonnateur, d'un médecin rééducateur d'un kinésithérapeute, d'un psychologue du travail, d'un ergonome et d'une assistante sociale.

Il se déroule sur 16 semaines : 4 semaines pour l'évaluation et l'établissement du projet et 12 semaines pour le retour thérapeutique au travail.

J0	<b>Signalement</b> du salarié >8semaine d'arrêt par le médecin conseil au médecin du travail
J0àJ7	le médecin du travail : contacte et rencontre le salarié, contacte le médecin traitant, contacte l'employeur, transmet le dossier à la cellule technique
J7àJ14	<b>intervention du médecin du travail et de l'ergonome en entreprise :</b> Etude de poste : contraintes, possibilités d'aménagement Contact avec l'encadrement et le collectif du travail
J14	examens successifs par les membres de l'équipe pluridisciplinaire puis réunion de synthèse : établissement d'un <b>programme individualisé</b>
J14 à J28	rencontre entre : médecin coordonnateur, médecin du travail du salarié ergonome, employeur, collectif du travail
J28 à S16	<b>retour thérapeutique au travail :</b> Visite de reprise médecin du travail + médecin coordonnateur Suivi du salarié en entreprise tous les 15 jours par son médecin du travail
S16	fin du programme et <b>synthèse</b>
S16 à A2	<b>suivi</b> post programme et évaluation.

Le Dr LAPIERRE présentera cette étude au congrès de la société Française de douleur en Novembre prochain.

## **Et à la MSA ?**

Les équipes de santé au travail (médecin du travail, conseillers en prévention) travaillent régulièrement de concert et sont très impliqués dans la prévention des facteurs de risques liés aux conditions de travail : manutention de charge, vibration, ergonomie des postes.

En revanche, et malgré mes recherches, je n'ai relevé aucun projet de prise en charge pluri disciplinaire globale par des équipes associant thérapeutes médecins du travail et services sociaux.

Dans le monde agricole et particulièrement dans le secteur du Morvan profond, nous nous heurtons à de nombreux freins : médecins généralistes isolés, débordés... peu de structures spécialisées à proximité : les plus proches sont à plus de 100 km... offre d'emploi réduite... patients en cours de paupérisation, sans moyens de locomotion, sans possibilité de reconversion...

Comment mettre en place une prise en charge multidisciplinaire chez le lombalgique chronique afin de maintenir dans l'emploi ces personnes déjà peu aidées.... ?

La MSA, dont la philosophie est la vision globale de l'assuré, a depuis 30 ans pour les salariés et depuis 2002 pour les exploitants, réussi à mettre en place des actions cohérentes de prévention en milieu du travail en s'appuyant sur les compétences des conseillers en prévention et des médecins du travail.

Par son guichet unique, elle regroupe en son sein les métiers de la protection sociale, les services sociaux, et les services de santé et sécurité au travail, tous ces professionnels collaborent habituellement et régulièrement dans l'intérêt de l'adhérent.

Peut-on imaginer créer au niveau local des réseaux multidisciplinaires de correspondants mettant en relation les équipes de la MSA et les thérapeutes : médecin traitant et spécialistes afin d'assurer la prise en charge optimale des lombalgiques en voie de chronicisation ?

Ces relations existent déjà, mais sont ponctuelles et dépendent de la sensibilité de chaque praticien.

Il serait intéressant de les formaliser sous forme de protocoles de prise en charge des lombalgiques chroniques fondés sur les principes du P.A.R.T. (Partenariat, activité, réassurance, et travail) énoncés précédemment, mais en prenant en compte les spécificités du monde agricole.

La précocité du signalement et du dépistage des facteurs de risques de chronicisation est essentielle. Elle permet une intervention rapide avec des moyens simples en évitant d'avoir recours aux grands programmes multidisciplinaires de réadaptation hospitaliers qui peuvent poser problème dans le milieu agricole (peu nombreux, éloignés) et ne sont réservés qu'aux cas graves...

En effet des mesures simples : attitude positive, réassurance, implication active du patient dans sa prise en charge, encouragement à reprendre une activité même si l'indolence n'est pas obtenue, ont démontré leur efficacité.

Ces mesures nécessitent cohérence et coordination entre tous les intervenants : il me semble donc très utile de sensibiliser les professionnels : médecins, conseillers en préventions, assistantes sociales à la problématique de la douleur chronique.

Des formations au concept multi dimensionnel de la douleur chronique pourraient être envisagées.

Ce type de prise en charge multidisciplinaire, personnalisée pour le patient, s'inscrit dans l'évolution souhaitée de la santé au travail.

## CONCLUSION

La prise en charge des patients lombalgiques préoccupe les économistes et les acteurs de la santé : c'est un sujet fortement débattu, de nombreux programmes de réadaptation en milieu du travail sont proposés.

La lombalgie chronique est liée à un problème multi dimensionnel et nécessite donc une prise en charge pluridisciplinaire.

Le médecin du travail est le lien entre le milieu du travail et le malade, il doit être un membre incontournable de l'équipe pluridisciplinaire et doit être sollicité le plus tôt possible pour pouvoir intervenir efficacement.

Les facteurs psycho sociaux sont prépondérants dans le risque d'évolution vers la chronicité.

La prévention du passage à la chronicité doit être la plus précoce possible : dès l'épisode de lombalgie aiguë dans sa prise en charge thérapeutique et dès que l'arrêt de travail atteint 6 à 8 semaines

Des mesures simples sont souvent suffisantes et peu coûteuses : discours positif et cohérent des professionnels de santé (des explications simples, et positives peuvent suffire à éviter les comportements de peur et d'évitement). Elles passent par une information et une coordination des médecins.

Des protocoles d'alertes des médecins conseils aux médecins du travail : dès que l'arrêt de travail pour lombalgie dépasse 6 semaines devraient être mis en place. Le médecin conseil doit convaincre le salarié de l'intérêt de cette visite de pré reprise.

Il est très important aussi que le patient soit impliqué en tant qu'acteur : les décisions ne devraient plus être autoritaires : prescription ordonnance ....

Cette réflexion sur la prise en charge de la lombalgie chronique, peut être étendue à la prise en charge de l'ensemble des TMS en milieu professionnel.

La MSA qui a déjà une grande expérience de la pluridisciplinarité pourrait travailler sur des projets de coordination entre ses services de santé au travail, ses services médicaux, ses services sociaux et des équipes de thérapeutes dans l'intérêt des travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques.

# ANNEXES

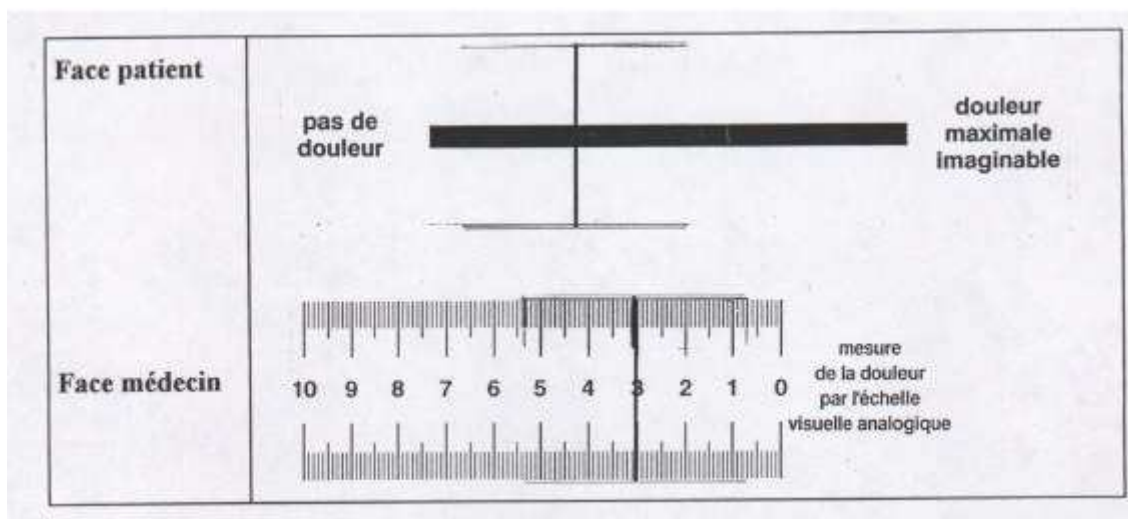
## **ECHELLE MRC [42]**

Médical Research Council of Great Britain

5	Force normale
4	Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance
3	Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance
2	Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur
1	Ebauche de mouvement
0	Aucun mouvement

## ECHELLE EVA [31]

Réglable sur laquelle est tracée une ligne horizontale ou verticale de 100 mm sur la « face patient », orientée de gauche à droite ou de bas en haut (1). Les deux extrémités de la ligne sont définies respectivement par des termes tels que « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable ». Le patient répond en déplaçant le curseur de la règle. L'intensité de la douleur est mesurée par la distance entre la position du curseur et l'extrémité « pas de douleur » sur la « face médecin ».



## ECHELLE EIFEL [42]

### Questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle dans les lombalgies

Nous aimerions connaître les répercussions de votre douleur lombaire sur votre capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne.

Si vous êtes cloué au lit par votre douleur lombaire, cochez cette case et arrêtez-vous là. ?

En revanche, si vous pouvez vous lever et rester debout au moins quelques instants, tournez la page et répondez au questionnaire qui suit.

---

Une liste de phrases vous est proposée sur la page suivante.

Ces phrases décrivent certaines difficultés à effectuer une activité physique quotidienne directement en rapport avec votre douleur lombaire.

Quand vous lirez une phrase qui correspond bien à une difficulté qui vous affecte aujourd'hui, cochez-la. ✕

Dans le cas contraire, laissez un blanc et passez à la phrase suivante. ?

Souvenez-vous bien de ne cocher que les phrases qui s'appliquent à vous-même aujourd'hui.

- 
- |  |   |
|--|---|
| 1 je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos                             | ? |
| 2 je change souvent de position pour soulager mon dos  | ? |
| 3 je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos                                     | ? |
| 4 à cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison        | ? |
| 5 à cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers                            | ? |
| 6 à cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer                                  | ? |
| 7 à cause de mon dos, je suis obligé (e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil           | ? |
| 8 à cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place              | ? |
| 9 à cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude                                 | ? |
| 10 je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos                                   | ? |
| 11 à cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller                         | ? |
| 12 à cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise                                       | ? |
| 13 j'ai mal au dos la plupart du temps   | ? |
| 14 à cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit                          | ? |
| 15 j'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos  | ? |
| 16 à cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)             | ? |
| 17 je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos                     | ? |
| 18 je dors moins à cause de mon mal de dos   | ? |
| 19 à cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller  | ? |
| 20 à cause de mon dos, je reste assis (e) la plus grande partie de la journée                    | ? |
| 21 à cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison                              | ? |
| 22 à cause de mon dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens | ? |
| 23 à cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude                      | ? |
| 24 à cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps                                       | ? |
- 

La méthode de calcul du score est la suivante : si le sujet répond oui à une question, il se voit attribuer un point pour la question, aucun point dans le cas contraire. Le score maximal possible est de 24, le score minimal est de 0.

## Échelle de dorso-lombalgie de Québec

C'est une échelle d'auto-évaluation de l'incapacité, qui traite du retentissement sur votre vie quotidienne de vos douleurs du dos. Les personnes souffrant du dos sont à même d'avoir des difficultés à exécuter certaines activités de la vie de tous les jours. Nous aimerions connaître vos difficultés éventuelles, compte tenu de vos problèmes de dos, à accomplir certaines des activités qui sont énumérées ci-dessous.

Pour chaque activité, il vous faut donner une note comprise entre 0 et 5.

Veuillez s'il vous plaît, choisir une seule réponse (en entourant le chiffre approprié) par activité, sans en omettre aucune.

Pour chaque item les options de réponses s'étendent de 0 à 5.

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 0 : aucune difficulté.  | 3 : difficile.      |
| 1 : très peu difficile. | 4 : très difficile. |
| 2 : un peu difficile.   | 5 : impossible.     |

Aujourd'hui, pensez-vous avoir une difficulté (compte-tenu de vos problèmes de dos) dans l'exécution d'une ou plusieurs de ces activités suivantes :

Activités	Score
1 Vous levez de votre lit	<input type="checkbox"/>
2 Dormir six heures d'affilées	<input type="checkbox"/>
3 Vous retournez dans votre lit	<input type="checkbox"/>
4 Voyager pendant une heure en voiture	<input type="checkbox"/>
5 Se tenir debout pendant une durée de 20 à 30 minutes	<input type="checkbox"/>
6 Demeurer assis pendant quatre heures	<input type="checkbox"/>
7 Monter un étage d'escalier	<input type="checkbox"/>
8 Marcher le long de plusieurs pâtés de maisons (environ 300 à 400 mètres)	<input type="checkbox"/>
9 Marcher plusieurs kilomètres	<input type="checkbox"/>
10 Atteindre des étagères hautes	<input type="checkbox"/>
11 Lancer une balle	<input type="checkbox"/>
12 Courir le long de deux pâtés de maisons	<input type="checkbox"/>
13 Sortir de la nourriture du réfrigérateur	<input type="checkbox"/>
14 Faire son lit	<input type="checkbox"/>
15 Mettre des chaussettes (ou des collants)	<input type="checkbox"/>
16 Se pencher en avant au-dessus d'un évier durant 10 minutes	<input type="checkbox"/>
17 Déplacer une table	<input type="checkbox"/>
18 Pousser ou tirer une lourde porte	<input type="checkbox"/>
19 Porter deux paniers à provisions	<input type="checkbox"/>
20 Soulever 18 kilos	<input type="checkbox"/>
<b>Score total</b>	<input type="checkbox"/>



## EVALUATION DE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT [47]

Item composition of the Pain Stages of Change Questionnaire (Kerns, 1997)			
<b>Precontemplation</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. I have tried everything that people have recommended to manage my pain and nothing helps.</li><li>2. My pain is a medical problem and I should be dealing with physicians about it.</li><li>3. Everybody I speak with tells me that I have to learn to live with my pain, but I don't see why I should have to.</li><li>4. I still think despite what doctors tell me, there must be some surgical procedure or medication that would get rid of my pain.</li><li>5. The best thing I can do is find a doctor who can figure out how to get rid of my pain once and for all.</li><li>6. Why can't someone just do something to take away my pain.</li><li>7. All of this talk about how to cope better is a waste of my time.</li></ol>	<b>Contemplation</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. I have been thinking that the way I cope with my pain could improve.</li><li>2. I have recently realized that there is no medical cure for my pain condition, so I want to learn some ways to cope with it.</li><li>3. Even if my pain doesn't go away, I am ready to start changing how I deal with it.</li><li>4. I realize now that it's time for me to come up with a better plan to cope with my pain problem.</li><li>5. I am beginning to wonder if I need to get some help to develop skills for dealing with my pain.</li><li>6. I have recently figured out that it's up to me to deal better with my pain.</li><li>7. I have recently come to the conclusion that it's time for me to change how I cope with my pain.</li><li>8. I'm starting to wonder whether it's up to me to manage my pain rather than relying on physicians.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>9. I have been thinking that doctors can only help SO much in managing my pain and that the rest is up to me.</li><li>10. I have been wondering if there is something I could do to manage my pain better.</li></ol> <b>Action</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. I am developing new ways to cope with my pain.</li><li>2. I have started to come up with strategies to help myself control my pain.</li><li>3. I'm getting help learning some strategies for coping better with my pain.</li><li>4. I am learning to help myself control my pain without doctors.</li><li>5. I am testing out some coping skills to manage my pain better.</li><li>6. I am learning ways to control my pain other than with medications or surgery.</li></ol>	<b>Maintenance</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. I have learned some good ways to keep my pain problem from interfering with my life.</li><li>2. When my pain flares up, I find myself automatically using coping strategies that have worked in the past such as a relaxation exercise or mental distraction technique.</li><li>3. I am using some strategies that help me better deal with my pain problem on a day-to-day basis.</li><li>4. I use what I have learned to help keep my pain under control.</li><li>5. I am currently using some suggestions people have made about how to live with my pain problem.</li><li>6. I have incorporated strategies for dealing with my pain into my every-day life.</li><li>7. I have made a lot of progress in coping with my pain.</li></ol>

d' après F.LAROCHE : *Cognitions, affects et comportements du patient douloureux chronique* [47]

Le questionnaire, mis en place par KERNNS en 1997, définit 4 étapes de changement :

La pré contemplation : le patient constate qu'aucun traitement n'a été efficace et attend des solutions extérieures

La contemplation : Il prend conscience qu'il a probablement des solutions à mettre ne place pour gérer lui-même la douleur

L'Action : Il cherche des outils et est actif à les utiliser

La maintenance des acquis

## ECHELLE HAD [31]

Elle évalue un indice de sévérité symptomatique des troubles dépressifs et anxieux.

Elle ne permet pas d'effectuer un diagnostic de syndrome dépressif ou anxieux, mais au-delà d'un certain seuil, elle est considérée comme un signal d'alarme.

Pour le deux scores : dépression et anxiété : des valeurs seuils ont été déterminées :

-Un score inférieur ou égal à 7 = absence de cas

-Un score entre 8 et 10 = cas douteux

-Un score supérieur ou égal à 11 = cas certain.

	3	<b>Je me sens tendu ou énervé :</b>
	2	la plupart du temps
	1	souvent
	0	de temps en temps
		jamais
0		<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b>
1		oui, tout autant
2		pas autant
3		un peu seulement
		presque plus
	3	<b>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</b>
	2	oui, très nettement
	1	oui, mais ce n'est pas grave
	0	un peu, mais cela ne m'inquiète pas
		pas du tout
0		<b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b>
1		autant que par le passé
2		plus autant qu'avant
3		vraiment moins qu'avant
		plus du tout
	3	<b>Je me fais du souci :</b>
	2	très souvent
	1	assez souvent
	0	occasionnellement
		très occasionnellement
3		<b>Je suis de bonne humeur :</b>
2		jamais
1		rarement
0		assez souvent
		la plupart du temps

	0	<b>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :</b>
	1	oui, quoi qu'il arrive
	2	oui, en général
	3	rarement
	3	jamais
3		<b>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</b>
2		presque toujours
1		très souvent
0		parfois
		jamais
	0	<b>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</b>
	1	jamais
	2	parfois
	3	assez souvent
	3	très souvent
3		<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</b>
2		plus du tout
1		je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
0		il se peut que je n'y fasse plus autant attention
		j'y prête autant d'attention que par le passé
	3	<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</b>
	2	oui, c'est tout à fait le cas
	1	un peu
	0	pas tellement
		pas du tout
0		<b>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :</b>
1		autant qu'auparavant
2		un peu moins qu'avant
3		bien moins qu'avant
		presque jamais
	3	<b>J'éprouve des sensations soudaines de panique :</b>
	2	vraiment très souvent
	1	assez souvent
	0	pas très souvent
		jamais
0		<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :</b>
1		souvent
2		parfois
3		rarement
		très rarement
<b>D</b>	<b>A</b>	

## AUTO QUESTIONNAIRE DE DALLAS D.R.A.D [31]

Les échelles visuelles du DRAD peuvent être remplies en 3 à 5 minutes et le résultat chiffré obtenu de 50 à 60 secondes au moins.

Chaque échelle visuelle a été segmentée pour mieux graduer la douleur.

En attribuant un nombre de segments à chacune, on simplifie l'évaluation chiffrée en évitant de multiplier chaque valeur par un certain coefficient avant de faire la somme des valeurs. L'évaluation chiffrée se fait en attribuant, pour chaque question, la valeur 0 au segment le plus à gauche, 1 au segment voisin, 2 au segment voisin etc... jusqu'au dernier segment

Ces valeurs élémentaires sont additionnées et multipliées par un facteur constant pour évaluer le retentissement sur la douleur sur chaque domaine de la qualité de vie.

En multipliant par **3** :

Les sommes de questions **1 à 7** on obtient le retentissement sur **les activités quotidiennes**

En multipliant par **5** :

Les sommes de questions **8 à 10**, on obtient le retentissement sur **travail / loisir**

Les sommes de questions **11 à 13**, on obtient le retentissement sur **anxiété / dépression**

Les sommes de questions **14 à 16**, on obtient le retentissement sur **le comportement social**

**Douleur du Rachis : Auto-questionnaire de Dallas (D.R.A.D.)**

Version française validée par la Section Rachis de la S.F.R.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M  Date : \_\_\_\_\_

A lire attentivement : ce questionnaire a été conçu pour permettre à votre médecin de savoir dans quelle mesure votre vie est perturbée par votre douleur. Veuillez répondre personnellement à toutes les questions en cochant vous-même les réponses. Pour chaque question, cochez en mettant une croix (X) à l'endroit qui correspond le mieux à votre état sur la ligne continue ( de 0% à 100%, chaque extrémité correspondant à une situation extrême).

**1. La douleur et son intensité :**

Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitements contre la douleur pour vous sentir bien ?

pas du tout		parfois		tout le temps
0 %				100%

**2. Les gestes de la vie quotidienne :**

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle les gestes de votre vie quotidienne (sortir du lit, se brosser les dents, s'habiller, etc.) ?

pas du tout ( pas de douleur)		moyennement		je ne peux pas sortir du lit
0 %				100%

**3. La possibilité de soulever quelque chose :**

Dans quelle mesure êtes-vous limité(e) pour soulever quelque chose ?

pas du tout ( comme avant)		moyennement		je ne peux rien soulever
0 %				100%

**4. La marche :**

Dans quelle mesure votre douleur limite-t-elle maintenant votre distance de marche par rapport à celle que vous pourriez parcourir avant votre problème de dos ?

je marche comme avant		presque comme avant		presque plus		plus du tout
0 %						100%

**5. La position assise :**

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester assis(e) ?

pas du tout (pas d'aggravation de la douleur)		moyennement		je ne peux pas rester assis(e)
0 %				100%

**6. La position debout :**

Dans quelle mesure votre douleur vous gêne-t-elle pour rester debout de façon prolongée ?

pas du tout (je reste debout comme avant)		moyennement		je ne peux pas rester debout
0 %				100%

**7. Le sommeil :**

Dans quelle mesure votre douleur gêne-t-elle votre sommeil ?

pas du tout ( je dors comme avant)		moyennement		je ne peux pas dormir du tout
0 %				100%

Total X 3 = .....% de répercussion sur les activités quotidiennes

*Version française de l'échelle de Dallas adaptée par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie - Juillet 97*

**8. La vie sociale**

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre vie sociale (danses, jeux et divertissements, repas ou soirées entre amis, sorties, etc. ....) ?

pas du tout (ma vie sociale est comme avant)		moyennement		je n'ai plus aucune activité sociale
0%				100%

**9. Les déplacements en voiture :**

Dans quelle mesure la douleur gêne-t-elle vos déplacements en voiture ?

pas du tout (je me déplace comme avant)		moyennement		je ne peux me déplacer en voiture
0%				100%

**10. Les activités professionnelles**

Dans quelle mesure votre douleur perturbe-t-elle votre travail ?

pas du tout (elle ne me gêne pas)		moyennement		je ne peux pas travailler
0%				100%

Total X 5 = .....% de répercussion sur le rapport activités professionnelles/loisirs

**11. L'anxiété /Le moral :**

Dans quelle mesure estimez-vous que vous parvenez à faire face à ce que l'on exige de vous ?

je fais entièrement face (pas de changement)		moyennement		je ne fais pas face
0%				100%

**12. La maîtrise de soi :**

Dans quelle mesure estimez-vous que vous arrivez à contrôler vos réactions émotionnelles ?

je les contrôle entièrement (pas de changement)		moyennement		je ne les contrôle pas du tout
0%				100%

**13. La dépression**

Dans quelle mesure vous sentez-vous déprimé(e) depuis que vous avez mal ?

je ne suis pas déprimé(e)				je suis complètement déprimé(e)
0%				100%

Total X 5 = .....% de répercussion sur le rapport anxiété/dépression

**14. Les relations avec les autres**

Dans quelle mesure pensez-vous que votre douleur a changé vos relations avec les autres ?

pas de changement				changement radical
0%				100%

**15. Le soutien dans la vie de tous les jours**

Dans quelle mesure avez-vous besoin du soutien des autres depuis que vous avez mal (travaux domestiques, préparation des repas, etc. ....) ?

aucun soutien nécessaire				soutien permanent
0%				100%

**16. Les réactions défavorables des proches**

Dans quelle mesure estimez-vous que votre douleur provoque, chez vos proches, de l'irritation, de l'agacement, de la colère à votre égard ?

pas du tout		parfois		tout le temps
0%				100%

Total X 5 = .....% de répercussion sur la sociabilité

*Version française de l'échelle de Dallas adaptée par la Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie - Juillet 97*

# BIBLIOGRAPHIE

1. VALAT (J-P.), FAISANDIER (F.), GABRIEL (C.), LAFFOLAY (C.), MALLET (M-F.), MAYEN (A.), MOREAU (A.), REVERBERI (M.).-2001,  
Les lombalgies au troisième millénaire. « Le poids des chiffres le choc des maux ».  
*Rev. Fr. Dommage corp.* 2001-1 : 35-55.
2. CHAPMAN (C.R.).  
Emotion et douleur  
In : *DOULEURS*  
éd. Par BRASSEUR (L.), CHAUVIN (M.), GUILBAUD (G.), Maloine, Paris ; 375-384.
3. LOISEL (P.), DURAND (M-P.).-2006,  
La douleur persistante, un défi pour la réinsertion professionnelle.  
*La lettre de l'institut UPSA de la douleur*, 24 : 1-6  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
5. JOLY (C.), BASSARGETTE (M.), BARETTE (G.), CHAUDOT (C.).  
Ecole du dos en entreprise pour salariés lombalgiques chroniques.  
Etude d'une expérience multidisciplinaire (médecin du travail, kiné-ergonome, psychologue)  
<http://ecoledudosparis.com>
6. GIRARDEL (B.), PLAIS (P-Y.), HARDOUIN (P.).  
Les écoles du dos.  
*Le concours médical* 05-09-1992 : 2216-2219.
7. MAIRIAUX (PH.)  
Lombalgies en milieu du travail. Quelle stratégie de prévention ?  
*Arch.mal.prof.*, 1988 ; 4 ; n° 2 :85-95.
8. TREVES (R.).  
L' antalgie multimodale lors des lombalgies.  
*Douleurs*, 2005 ; 6 ; 4 ; cahier 3 : 4S8-4S11.
9. THUREL (C.)  
Fiche thérapeutique pratique. Lombalgies rhumatismales communes.  
*Douleurs*, 2004 ; 5 ; 1 :45-47.
10. ESQUIROL (Y.), TERLAUD (N.), NIERBORALA (M.), MARQUIE (J-C.),  
BARACAT (B.), SOULAT (J-M.).  
Influence des facteurs psycho-sociaux et des tensions psychiques chez les lombalgiques chroniques  
en fonction du sexe.  
*Rev. Epidemiol. Santé Publique*, Octobre 2002 : 1S66-1S67.

11. OZGULER (A.), LOISEL (P.), BOUREAU (F.), LECLERC (A.).  
Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail.  
*Rev.Epidemiol.Santé Publique*, 2004,52 :173-188.
12. MOISAN (S.), ROQUELAURE (Y.), DANO (C.), MARTIN (Y-H.), HARRIGAN (J-C),  
CAILLON (M.), PENNEAU-FOMBONNE (D.).  
La santé en réseau : l'expérience des médecins du travail du Maine et Loire, de la Sarthe, et de la Mayenne avec le réseau de maintien dans l'emploi de lombalgiques chroniques.  
*Arch.Mal.Prof.*, 2004, 65, n° 5 : 406-412.
13. CHAMOUX (A.), PHELIP (X.), LECLERC (A.), BERGERET (A.), MEYER (J-P),  
MAIRIAUX (P.), ROZENBERG (S.), MARTY (M.), LEGRAND (E.), VALAT (J-P.),  
CONSO (F.), LOISET (P.), POIRAUDEAU (S.), NORDIN (M.), ROQUELAURE (Y.),  
MOISAN (S.), PAGE (P.), PENNEAU-FONTBONNE (D.), JOUSSET (N.),  
FANELLO (S.), BILLABERT (C.), BONTOUX (L.), COLIN (D.), DUBUS (V.), RICHARD (J.)  
BRAMI (L.), JOUAN (A.), ROSSET (P.), PROST (G.), BAZIN (T.), DION (E.), TERRASSON de  
FOUGERES (G.).  
Lombalgies et travail : pour une Stratégie consensuelle.  
Journée thématique de la Société française de médecine du travail organisée conjointement avec la  
Société française de rhumatologie.Paris18 Janvier 2002.  
*Arch.Mal.Prof.*, 2002, 63, n° 1 ,1-19
14. DUQUESNOY (B.), DUPLAN (B.), AVOUAC (B.), LEGRAND (E.).  
Recommandations de la Section rachis de la Société française de rhumatologie sur l'approche  
multidisciplinaire de la douleur lombaire.  
*Rev.Rhum.[Ed.Fr.]2001 ; 68 : 192-194.*
15. LEGRAND (E.), AUDRAN (M.).  
Etude critique de l'approche multidisciplinaire des lombalgies.  
*Rev.Rhum.[Ed.Fr.]2001 ; 68 : 131-134.*
16. POIRAUDEAU (S.), NYS (A.), REVEL (M.).  
Evaluation analytique des moyens thérapeutiques dans la lombalgie : prise en charge physique et  
fonctionnelle.  
*Rev.Rhum.[Ed.Fr.] 2001 ; 68 : 154-159.*
17. CHARLOT (J.),  
La dimension socioprofessionnelle des lombalgies.  
*Rev.Rhum.[Ed.Fr.] 2001; 68 : 163-165.*
18. CHARLOT (J.).  
Evaluation des méthodologies de reprise de travail des salariés lombalgiques chroniques.  
*Rev.Rhum.[Ed.Fr.]2001 ; 68 :166-169.*
19. DUPLAN (B.), GUILLET (J-M.).  
Approches multidisciplinaires de la douleur lombaire :l' expérience française.  
Du déconditionnement à l'effort à l'approche psychosomatique.  
*Rev.Rhum.[Ed.Fr.]2001 ; 68 : 170-174.*

20. LAROCHE (F.)  
La lombalgie chronique.  
*La Douleur, des recommandations à la pratique ; n° 2 Juin 2006, 1-6.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
21. LAROCHE (F.)  
Cognitions, croyances, émotions, comportements et douleur chronique. Approche cognitivo-comportementale.  
*La Douleur, des recommandations à la pratique ; n° 2 Avril 2007, 1-5.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
22. MAIRIAUX (P.).  
Travailleurs lombalgiques. Bases scientifiques des programmes de « retour au travail ».  
*INRS Documents pour le médecin du travail ; n° 101 1<sup>er</sup> trim. 2005, 23-29.*
23. DUPEYRON (A.), FOUGEROUX (M.).  
Lombalgie et Kinésithérapie.  
*La Douleur, des recommandations à la pratique ; n° 3 Déc. 2006 : 1-2.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
24. BOUREAU (F.), LUU (M.), DOUBRER (J-F.).  
Le malade douloureux chronique.  
In : *DOULEURS*  
éd. Par BRASSEUR (L.), CHAUVIN (M.), GUILBAUD (G.), Maloine, Paris ; 375-384.
25. BOURGEOIS (P.).  
épidémiologie de la lombalgie  
In : *LOMBALGIES ; 7-15.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
26. RANNOU (F.)  
Physiopathologie de la douleur lombaire  
In : *LOMBALGIES ; 17-27.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
27. CONSTANTIN (A.), LAZORTHES (Y.).  
La lombalgie chronique.  
In : *LOMBALGIES ; 59-78.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
28. POIREAUDEAU (S.).  
La rééducation des lombalgiques chroniques.  
In : *LOMBALGIES ; 141-150.*  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>
29. CHATELIER (F.), NIZARD (J.), GERAUT (G.), LAJAT (Y.).  
Pourquoi et comment intégrer le Médecin du Travail à l'équipe du Centre de Traitement de la Douleur.  
*Doul.et Analg. ; 2003, 3,177-181.*

30. Observatoire des troubles musculo-squelettiques des salariés agricoles.  
Synthèse nationale 2002-2006 MSA ; 9-17.

31. Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en santé, Association Française pour la recherche et l' Evaluation en Kinésithérapie  
Evaluation et suivi de la douleur chronique de l'adulte en médecine ambulatoire  
*Recommandation pour la pratique clinique*. ANAES, 15/01/1999  
<http://www.anaes.fr>

32. FOUQUET (B.).  
Lombalgies : des croyances médicales à la iatrogénie.  
*FMC Tours, journées de Septembre 2007*, 10/12/2007.  
<Http://fmc.univ-tours.fr>

33. INSERM.  
expertise collective LOMBALGIES EN MILIEU PROFESSIONNEL  
facteurs de risques et prévention

34. ROZENBZERG (S.), ALACALAY (M.), DUPLAN (B.), LEGRAND (E.).  
Facteurs de risque de la lombalgie : synthèse  
*Rev. Rhum. [Ed. Fr.]*, 1998, 65 (3bis), 88S-92S.  
[http://www.med.univ-rennes1/section\\_rachis](http://www.med.univ-rennes1/section_rachis)

35. ACHEMLAL (L.).  
Les lombalgies  
<http://medramo.ac.ma>

36. ABENHAIM (L.), ROSSIGNOL (M.), VALAT (J-P.), NORDIN (M.), AVOUAC (B.),  
BLOTMAN (F.), CHARLOT (J.), DREISER (R-L.), LEGRAND (E.), ROSENBERG (S.),  
VAUTRAVERS (P.).  
Travail de la Paris Task Force  
The role of activity in the therapeutic management of back pain.  
Report of the International Paris Task Force on Back Pain.  
*Spine 2000*; 25:1S-33S.  
Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie  
[http://www.med.univ-rennes1/section\\_rachis](http://www.med.univ-rennes1/section_rachis)

38 . Classification des Lombalgies de la Quebec Task Force  
Section Rachis de la Société Française de Rhumatologie  
[http://www.med.univ-rennes1/section\\_rachis](http://www.med.univ-rennes1/section_rachis)

39. Les lombalgies  
INRS  
<http://www.inrs.fr>

40. ALLAZ (A-F).  
Dimensions psychologiques de la douleur chronique  
*La lettre de l'institut UPSA de la douleur*, Septembre 2000 n° 13,1-5.  
<http://www.institut-upsa-douleur.org>

41. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, Association Française pour la recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie.

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution.

ANAES : *Service des Recommandations et Références Professionnelles* : février 2000.

<http://www.anaes.fr>

42 Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, Association Française pour la recherche et l' Evaluation en Kinésithérapie. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique.

ANAES : *Service des Recommandations et Références Professionnelles* : 01/12/2000

<http://www.anaes.fr>

43. FLOURY (MC.), ROUXEL (C.), VINCK (L.), MAGAUD-CAMUS (I.).

La manutention manuelle de charges : la mécanisation n'a pas tout réglé.

INRS : *Documents pour le médecin du travail* : n° 107, 3<sup>ème</sup> trimestre 2006, 321-324.

44. C.L.I.P

Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne 2006

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/clip>

45. MORRIS (D.).

L'Ethnicité et la douleur

*Pain : Clinical updates, supplément à la lettre de l' IUD n° 17- Juin 2002*

<http://www.institut-upsa-douleur.org>

46. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, Association Française pour la recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie

Prise en charge kinésithérapique du lombalgique

Conférence de Consensus

ANAES : *Service des Recommandations et Références Professionnelles* : 13 novembre 1998

<http://www.anaes.fr>

47. LAROCHE (F.).

Cognitions, affects et comportements du patient douloureux chronique

Congrès de l'International Association for the Study of Pain (IASP), Sydney, Août 2005

*La lettre de l institut UPSA de la douleur*, 24 : 6-8

<http://www.institut-upsa-douleur.org>

48. Agir en entreprise pour prévenir le risque d'exclusion du salarié lombalgique.

<http://www.paysdelaloire.aract.fr>

## Résumé

Le concept de prise en charge multidisciplinaire médico psycho social de la douleur chronique peut il être transposé aux lombalgies en milieu du travail et par extension au troubles musculo squelettiques ?

Quel rôle pour le médecin du travail d'un service de sécurité au travail de la MSA.

## Mots clés :

Douleur chronique, lombalgie chronique, travail, multidisciplinaire.