
Constats

Qu'est-ce que la lombalgie ?

La lombalgie se définit par la présence de douleurs. Plus précisément, la lombalgie désigne toute manifestation douloureuse siégeant dans la partie basse de la colonne vertébrale, c'est-à-dire entre la charnière dorso-lombaire (D12-L1) et la charnière lombo-sacrée (L5-S1). En ce sens, la lombalgie commune¹ n'est pas une entité pathologique : c'est un symptôme pouvant répondre à la souffrance mécanique de structures rachidiennes et périrachidiennes diverses.

La lombalgie est-elle le mal du siècle comme l'affirment parfois les médias ?

Dans l'affirmation « mal de dos, mal du siècle », il y a à la fois du vrai, du faux et de l'imprécis :

- du vrai, en ce sens que la lombalgie est une affection très fréquente en population adulte puisque dans différentes enquêtes, environ 60 % des adultes, parfois plus, déclarent souffrir ou avoir souffert de lombalgie ;
- du faux, en ce sens que la lombalgie est une affection bénigne dont l'évolution spontanée est favorable dans la majorité des cas. En effet, les enquêtes disponibles montrent que seulement une lombalgie sur cinq, en moyenne, entraîne un arrêt de travail. Parmi ces arrêts, la majorité sont des arrêts courts (55 % entre 1 et 7 jours dans l'enquête EDF-GDF) ;
- de l'imprécis dans la mesure où dire : « 60 à 80 % des adultes souffrent ou ont souffert de lombalgie » signifie que 60 à 80 % des adultes répondraient oui à une question portant sur des douleurs, intenses ou légères, passagères ou durables, dans un passé lointain ou proche ou pour le présent. Avec une définition beaucoup plus stricte, par exemple l'existence d'un arrêt de travail pour lombalgie dans les 12 derniers mois, on obtient une fréquence beaucoup plus faible (de l'ordre de 5 à 10 %).

1. Les lombalgies communes ne sont pas secondaires à une cause organique particulière (telle une infection, une tumeur, une affection rhumatismale inflammatoire, une affection métabolique).

Quelle est l'évolution spontanée de la lombalgie et quelles sont ses conséquences sur la vie professionnelle ?

Comme on l'a dit dans le paragraphe précédent, la lombalgie est une affection bénigne qui se résorbe spontanément dans la majorité des cas. Mais en même temps, elle peut être récurrente puisque la réapparition de la douleur concerne, selon les études, entre 20 et 44 % des patients durant la première année qui suit l'épisode aigu.

Ce phénomène de récurrence est sans doute un facteur de passage à la chronicité des douleurs lombaires mais les données manquent sur ce point.

Les conséquences d'une lombalgie, et de son éventuelle récurrence, sur la vie professionnelle peuvent se traduire par des arrêts de travail. Pour la majorité d'entre eux, les arrêts de travail pour lombalgie sont des arrêts courts (moins de 7 jours). Cependant, 5 à 10 % des patients sont encore absents à cause de leur lombalgie six mois après l'épisode aigu. Ces lombalgiques chroniques ont un mauvais pronostic en termes de reprise du travail.

Quel est le poids de la lombalgie par rapport à d'autres douleurs touchant le rachis (cervicalgies, dorsalgies), et les membres supérieurs ?

En France, comme dans d'autres pays, les affections péri-articulaires des membres supérieurs augmentent. La fréquence de ces affections est cependant plus faible que celle des lombalgies dans la population active. Par ailleurs, les lombalgies sont plus fréquentes que les cervicalgies² et que les dorsalgies³. Les cervicalgies occasionnent très peu d'arrêts de travail : en effet, la fréquence annuelle est de l'ordre de 1 % dans une population où le niveau des plaintes concernant la région cervicale est élevée. Il est légitime de penser que ces affections sont, en général, professionnellement moins handicapantes que les lombalgies.

Assiste-t-on à une augmentation inexorable des cas de lombalgie dans les pays industrialisés ?

Non ! Les données permettant d'étudier l'évolution dans le temps de la fréquence des lombalgies montrent une stabilité dans les dix dernières années.

2. Cervicalgies : douleurs au niveau du cou.

3. Dorsalgies : douleurs au milieu du dos.

En revanche, il est possible que les troubles mineurs soient mieux déclarés qu'il y a dix ou vingt ans.

Paradoxalement, on constate que les contraintes déclarées au travail n'ont pas diminué en vingt ans. Ce constat vaut pour les travailleurs salariés mais aussi pour les travailleurs indépendants comme le montre l'enquête menée en 1996 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail qui incluait les travailleurs non salariés. Les résultats de la dernière enquête nationale sur les conditions de travail conduite en 1998 montrent même que ces contraintes augmentent (source : enquête du ministère du travail – DA-RES).

Quels sont les principaux facteurs de risque de lombalgie ?

La lombalgie est un symptôme multifactoriel. Ceux qui cumulent plusieurs facteurs de risque sont dans une situation plus défavorable que ceux qui n'en présentent qu'un seul. A l'heure actuelle la littérature classe les principaux facteurs de risque en trois catégories :

- les facteurs personnels tels que le sexe, l'âge, la taille ou le poids. Dans ce groupe, on inclut généralement les facteurs psychologiques personnels (type de personnalité) ;
- les facteurs d'exposition à des agents de pénibilité physique au travail et hors travail ;
- les facteurs psychosociaux au travail : il s'agit de contraintes qui se situent à l'intersection des dimensions individuelle, collective et organisationnelle de l'activité professionnelle telles que la monotonie des tâches, les contraintes de temps, le manque de latitude dans l'exécution des tâches,...

Quels sont les facteurs de risque qui semblent avoir une action significative dans un contexte professionnel ?

De tous les facteurs de risque, professionnels et non professionnels, porter et manipuler des charges lourdes est le facteur le plus fréquemment retrouvé associé aux lombalgies.

Le fait de « se pencher ou se tourner fréquemment » est également associé à une augmentation du risque lombalgique. En revanche, les résultats des études sont divergents quant au rôle des postures statiques dans l'apparition des lombalgies. Les postures fixes et prolongées concernent surtout les salariés dans des tâches de saisies de données sur ordinateur ou encore des personnes travaillant à poste fixe. Les plaintes les plus fréquemment rapportées concernent essentiellement des douleurs cervicales ou dorsales hautes.

De nombreuses études montrent une relation croissante entre le niveau de risque de lombalgie et l'intensité de l'exposition à des vibrations du corps

entier, qu'il s'agisse de durée (conduite automobile par exemple), de dose cumulée de vibration ou d'intensité moyenne de vibration.

Certains facteurs psychosociaux au travail pourraient également jouer un rôle dans la survenue des lombalgies et/ou de leurs conséquences : l'absence de latitude décisionnelle au travail et la monotonie du travail apparaissent comme des facteurs de risque possibles de survenue de lombalgie, de passage à la chronicité et d'arrêts de travail prolongés.

En ce qui concerne les facteurs de risque personnels, l'avancée en âge est associée à une augmentation de la fréquence de la lombalgie jusqu'à 45-50 ans. Au-delà de 50 ans, les données disponibles suggèrent un plafonnement de la fréquence des douleurs lombaires. Toutefois, ce plafonnement ne signifie pas automatiquement que les plus de 50 ans ne souffrent pas davantage de douleurs lombaires : on relève dans plusieurs études une augmentation de la gravité des lombalgies avec l'âge ; par ailleurs, on peut supposer qu'à douleurs lombaires égales, les plus de 50 ans déclarent peut-être moins spontanément leur lombalgie que des sujets plus jeunes car ils peuvent souffrir parallèlement d'autres problèmes de santé qui relativisent l'importance et la gravité de leur mal de dos. Les résultats concernant le rôle des autres facteurs personnels (sexe, taille, poids, consommation de tabac, activité physique) sont difficiles à interpréter. Enfin, des travaux récents suggèrent l'existence de relations entre vieillissement des disques intervertébraux et facteurs génétiques.

Y a-t-il des professions particulièrement exposées à un risque lombalgique ?

Oui ! Les différentes études internationales montrent que la fréquence des lombalgies est plus élevée dans certaines professions et branches d'activité, en particulier :

- les métiers du BTP (plâtriers, charpentiers, peintres) qui exercent un travail physiquement pénible et peuvent être amenés à porter des charges dans des positions inconfortables ;
- les métiers du transport professionnel (représentants de commerce, cadres de la vente, du commerce et de l'hôtellerie, chauffeurs-routiers, chauffeurs de taxi, conducteurs de machines mobiles,...) qui sont exposés à des vibrations du corps entier ;
- les aides soignantes et les infirmières ;
- mais aussi les mécaniciens (réparation automobile), les personnels de nettoyage et de service et les coiffeurs.

On peut aussi raisonner en identifiant les situations de travail à risque, c'est-à-dire celles où l'individu est amené à porter, transporter des charges lourdes, travailler en position inconfortable, et/ou est exposé à des vibrations du corps entier.

Existe-t-il des outils pour mesurer ou évaluer l'exposition au risque lombalgique dans des situations de travail ?

Oui ! Mais il est important de distinguer, d'entrée de jeu deux catégories d'outils de mesure. D'une part, il existe des outils de mesure utilisables en situation réelle de travail et qui permettent d'évaluer le risque au niveau individuel (par exemple les méthodes proposées par l'INRS). D'autre part, il existe des outils d'évaluation plus global du type « matrices emploi-exposition » : il s'agit de tableaux comportant, en lignes, des professions ou des associations profession – secteur d'activités et, en colonne, un certain nombre de nuisances professionnelles. A l'intersection d'une ligne et d'une colonne, la matrice comporte l'information sur l'existence ou non de cette exposition dans le cadre de cette profession, et des informations complémentaires sur l'intensité de l'exposition et la proportion de travailleurs exposés. Il n'existe pas encore de matrice française concernant le risque lombalgique. Toutefois, la matrice FINJEN développée en Finlande pourrait servir de base à la mise au point d'une matrice française.

Quel est le contexte de recours aux soins des lombalgiques ?

Comme pour d'autres affections courantes, les différentes études s'accordent pour affirmer que le taux de consultation pour un épisode lombalgique est limité puisqu'en moyenne, 1 personne sur 2 ne va pas consulter un professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute) en cas de lombalgie. Cependant, compte tenu de la fréquence des lombalgies, cela représente tout de même un volume de consultations significatif. En phase aiguë, la douleur joue un rôle important dans le recours aux soins. En revanche, en phase chronique, le recours aux soins semble déterminé non seulement par la douleur résiduelle, mais également par une pluralité d'autres facteurs (symptômes dépressifs, difficultés à vivre ses incapacités fonctionnelles, croyance du patient que son mal de dos est un problème à long terme,...).

Le poids socio-économique des lombalgies est-il « considérable » comme on le voit parfois ?

Cette affirmation est clairement exagérée. Si on s'en tient aux coûts médicaux directs des lombalgies (consultations + diagnostics + protocoles thérapeutiques), ceux-ci représentent, en France, environ 1,6 % des dépenses d'assurance maladie et 0,1 % du produit intérieur brut. Une étude hollandaise récente situe, pour ce pays, les coûts médicaux directs de la lombalgie dans des proportions équivalentes par rapport à sa richesse nationale.

En revanche, les coûts indirects de la lombalgie (coûts associés aux arrêts de travail pour lombalgie : pertes de production, pertes de productivité, pertes de revenus) sont beaucoup plus importants que les coûts médicaux directs dans tous les pays industrialisés, même s'il est difficile de les estimer avec précision (de 5 à 10 fois les coûts directs selon les études).

Par ailleurs, les coûts directs et indirects des lombalgies sont concentrés, pour l'essentiel, sur la proportion de patients atteints de lombalgie chronique, le recours aux soins et les arrêts de travail restant très limités pour les cas de lombalgie aiguë.

Il faut noter, enfin, que le coût du mal de dos rapporté au nombre d'habitants est notablement plus élevé aux États-Unis⁴ que dans plusieurs pays européens (France, Royaume-Uni, Hollande)⁵. S'agissant des coûts médicaux directs, l'écart semble s'expliquer par l'importance, aux États-Unis, du recours à la chirurgie (avec tous les actes de radiologie et d'imagerie qui y sont associés) là où les pays européens semblent privilégier l'utilisation des soins paramédicaux (kinésithérapie, manipulations vertébrales,...).

Quelles sont les principales démarches de prévention des lombalgies ?

L'analyse de la littérature consacrée à l'évaluation des actions de prévention conduit à distinguer trois grandes démarches :

- *Les actions de prévention « précoce »* : elles s'adressent à des populations non sélectionnées, au départ, sur des critères d'atteintes cliniques. Il s'agit de populations en activité avec une proportion variable de personnes ayant souffert ou souffrant de lombalgies au moment de l'intervention, ces dernières n'étant pas suffisamment handicapées pour interrompre leurs activités courantes. L'enjeu de ces actions « tous publics » est de réduire la survenue ou la récurrence des épisodes douloureux afin d'assurer dans de bonnes conditions la poursuite des activités habituelles des personnes concernées.
- *Les actions de prévention du passage à la chronicité* : elles s'adressent à des personnes actives, en arrêt de travail depuis quelques semaines seulement. L'enjeu de ces actions de prévention du passage à la chronicité est de favoriser le retour au travail le plus précoce possible pour des sujets souffrant de lombalgie non spontanément résolutive.
- *Les actions de réinsertion des patients lombalgiques chroniques* : elles s'adressent à des sujets qui ont interrompu leurs activités professionnelles depuis plusieurs

4. Dans un rapport de 1 à 4.

5. Les comparaisons États-Unis/Europe, même grossières, ont une certaine validité car la fréquence des lombalgies n'est pas fondamentalement différente de part et d'autre de l'Atlantique.

mois. L'enjeu de ces interventions est de permettre au lombalgique chronique de surmonter ses limitations fonctionnelles et de reprendre progressivement ses activités.

Les actions de prévention « précoce » sont-elles efficaces ?

Globalement, les actions de préventions multidimensionnelles qui associent des interventions sur les sujets eux-mêmes (éducation et formation, exercices physiques) avec des améliorations des conditions de travail (aménagement ergonomiques des postes de travail) ont des résultats plus probants que les interventions unidimensionnelles, aussi bien en termes de diminution de la survenue ou de la récurrence des épisodes douloureux qu'en termes de réduction des arrêts de travail.

Toutefois, la diversité des modalités d'intervention décrites et la très grande variété des situations réelles de travail auxquelles elles s'appliquent doivent inviter à la prudence quant à la possibilité d'extrapoler les actions favorablement évaluées à d'autres contextes professionnels.

Parmi les actions unidimensionnelles, les interventions faisant appel à un programme de conditionnement physique (exercices physiques) ont des résultats plus probants que les démarches du type « écoles du dos » (interventions essentiellement éducatives) qui font l'objet d'évaluations plutôt négatives dans la littérature récente. En revanche, faire du sport ou avoir une meilleure musculature n'apparaît pas comme un facteur protecteur de la survenue de lombalgies.

Enfin, dans le domaine des démarches de prévention individuelle, des résultats convergents montrent que la recommandation du port systématique de ceintures lombaires est à proscrire car cette mesure est inefficace pour réduire la survenue ou la récurrence des lombalgies au travail et peut même s'avérer dangereuse (fausse sensation de sécurité).

Le passage à la chronicité peut-il être évité par des actions de prévention adaptées ?

Le fait que le taux de reprise du travail des lombalgiques au 3^e mois, (c'est-à-dire à un moment charnière d'éventuel passage à la chronicité) varie selon les études de 75 à 95 % suggère qu'il existe des possibilités de réduire le pourcentage de sujets évoluant vers des douleurs lombaires chroniques et c'est cette conviction qui fonde les actions de prévention du passage à la chronicité.

Les actions de prévention du passage à la chronicité mises en œuvre au Canada et en Suède suggèrent que des effets probants peuvent être obtenus

(en termes de retour au travail) lorsque les programmes comportent de façon structurelle une intervention par rapport au milieu de travail du patient (analyse ergonomique du poste de travail, implication du médecin du travail et de la hiérarchie, préparation au retour au travail de l'individu blessé) couplée à une prise en charge thérapeutique à caractère collectif.

L'efficacité de ces programmes semble optimale lorsqu'ils sont mis en œuvre entre la 3^e semaine et le 3^e mois d'arrêt de travail. En revanche, une inclusion trop précoce des sujets lombalgiques (dès la première semaine d'arrêt) n'est pas efficiente sur le plan du rapport coût-efficacité.

Y a-t-il des actions de réinsertion permettant à des lombalgiques chroniques de reprendre progressivement leurs activités habituelles ?

La réponse à cette question n'est pas simple.

Le passage à la lombalgie chronique (épisode douloureux supérieur à 12 semaines) concerne, selon les études, de 5 à 10 % des patients. Pour ceux-ci, le pronostic est très réservé en termes de réinsertion : la probabilité de reprise du travail ne serait plus que de 40 % après 6 mois d'absence consécutifs et de 15 % seulement après un an. Parallèlement à cette désinsertion du milieu du travail, on observe souvent des processus de déconditionnement sur le plan physique et psychologique.

Depuis une quinzaine d'années, des programmes multidisciplinaires de réadaptation « intensive » ont été mis sur pied à destination des lombalgiques chroniques, sur le modèle du « Pride program » créé à l'Université du Texas en 1983. Ces programmes de réadaptation intensive s'adressent à des lombalgiques en arrêt de travail depuis plusieurs mois, voire plusieurs années ; ils améliorent les capacités fonctionnelles, réduisent la douleur perçue par le patient et augmentent la confiance en soi de celui-ci. La plupart de ces programmes permettent d'élever très sensiblement le taux de reprise du travail chez les sujets traités par rapport aux sujets témoins. Le caractère volontaire de la participation au programme semble déterminant pour son efficacité. Cependant, ces programmes requièrent un équipement sophistiqué et coûteux ainsi qu'un encadrement hospitalo-universitaire. En Europe, ces programmes sont moins diffusés, en partie en raison du coût qu'ils représentent par patient (de 5 000 à 9 000 \$ aux États-Unis⁶).

A côté des protocoles de réadaptation intensive, il existe des programmes plus classiques de réactivation physique destinés à des patients qui ont cessé toute

6. En France, le prix est superposable si l'on considère que les patients sont hospitalisés durant 4 à 6 semaines et que le prix moyen d'une journée d'hospitalisation en centre de rééducation est au minimum de 1 500 F.

activité en partie à cause de leur douleur. Ces programmes paraissent efficaces dans la plupart des articles de synthèse consacrés à ce type d'intervention. Le principal problème est celui de leur observance, notamment à long terme. Les contenus de ces programmes peuvent sensiblement varier sans qu'un modèle d'intervention de référence ne se dégage fortement.

S'agissant enfin des écoles du dos conçues spécifiquement pour les lombalgiques chroniques, celles-ci ne semblent efficaces en termes de renforcement musculaire, endurance et amélioration des connaissances que si elles sont couplées à une prise en charge plus globale.