

Fardeau de la lombalgie : aspects médicoéconomiques et handicap

Burden of low back pain: medico-economic aspects and disability

A. Dupeyron¹, I. Tavares², M. Mazza³, D. Ohouo³, P. Araminthe³, S. Schramm³, V. Bonnemains³

POINTS FORTS

▶ Le handicap lié à la lombalgie est en général faible en dehors des populations actives (40-55 ans) et vieillissantes. Les arrêts de plus de 6 mois ne représentent que 2 % du total des arrêts, mais 24 % des coûts. Le taux de recours au médecin spécialiste en France pour une lombalgie reste faible, probablement en raison de l'absence de détection des facteurs de chronicité en soins primaires. Les campagnes d'informations promues par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) donnent des résultats encourageants.

▶ Disability associated with low back pain is generally low outside working-age (40-55 years) and ageing populations. Sick leaves of more than 6 months represent only 2% of total sick leaves, but 24% of costs. The rate of use of specialist physician for low back pain in France remains low, probably due to insufficient detection of chronicity factors in primary care. The information campaigns promoted by the Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) are yielding encouraging results.

HIGHLIGHTS

Mots-clés : Lombalgie - Épidémiologie - Coûts - Handicap

Keywords: Low back pain - Epidemiology - Economic burden - Disability

Définitions

La lombalgie commune est définie comme une douleur du bas du dos dont l'origine n'est pas en rapport avec une maladie grave (néoplasie, infection, maladie inflammatoire, ...). Une cause grave est rarement identifiée, justifiant sa qualification de "commune" ou "non spécifique". Son évolution est habituellement simple et n'impose aucun examen complémentaire ou traitements particuliers si les patients sont rassurés et correctement informés. La lombalgie est considérée comme un symptôme qui concerne tous les âges de la vie. Plus rarement, l'évolution se prolonge au-delà du 3^e mois et devient progressivement une maladie multidimensionnelle avec des conséquences physiques (raideur, déconditionnement, ...), psychocomportementales (peur-évitement, catastrophisme, ...), et socioprofessionnelles (isolement social, absentéisme professionnel, conséquences financières, ...).

Ainsi, la place occupée aujourd'hui par la lombalgie a conduit les autorités sanitaires comme la Haute Autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à prendre des mesures spécifiques pour endiguer l'expansion d'une maladie bénigne aux conséquences désastreuses à l'échelon individuel et coûteuses à l'échelon sociétal.

Prévalence de la lombalgie

Comparativement aux autres maladies, les chiffres associés à la lombalgie sont toujours déconcertants. L'analyse annuelle de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) concernant plus de 300 maladies

dans quasiment 200 pays [1], positionne toujours en 2017, la lombalgie au premier rang mondial des causes d'années de vie vécues en situation de handicap, et ce depuis 1997 [2]. À titre de comparaison, la dépression, le diabète ou la bronchopneumopathie chronique obstructive n'occupent respectivement "que" les 3^e, 4^e et 6^e rangs. Une vision schématique de la place des douleurs lombaires et cervicales en France parmi l'ensemble des maladies non transmissibles est représentée en **figure 1**.

Les données provenant d'autres pays sont souvent d'interprétation difficile considérant les différences des systèmes de santé et d'indemnisation. Cependant, la prévalence de la lombalgie est indexée sur la richesse du pays où elle est mesurée, à 32,9 % (± 19,0) dans les pays riches, contre 16,7 % (± 16,7) dans les pays les plus pauvres [3], où les pathologies transmissibles et accidentelles occupent une place plus conséquente. La lombalgie concerne tous les âges de la vie. Bien que rare dans la 1^{re} décennie, 40 % des 9-18 ans déclarent avoir eu un épisode de lombalgie, et environ 9 adultes sur 10 vont en déclarer un, à un moment de leur vie, plus fréquemment entre 40 et 55 ans et chez les femmes [4]. On note aussi un vieillissement progressif de la population concernée par la lombalgie comparativement aux années 1990 (**figure 2**).

En France, 1 personne sur 2 déclare au moins un épisode de douleur lombaire au cours de l'année [5], qui représente le second motif de consultation en médecine générale pour les phases aiguës et le 8^e pour les phases chroniques [6]. Comparativement, la lombalgie arrive au 6^e rang des motifs de consultation en soins primaires en Afrique du Sud [7], et représente près de 1 consultation sur 7 au Royaume-Uni [8].

¹ Service de médecine physique et de réadaptation, CHU de Nîmes, université de Montpellier.

² Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Lapeyronie, université de Montpellier.

³ Caisse nationale de l'assurance maladie.

Dans son rapport *Charges et produits pour l'année 2017*, la CNAM a réalisé une enquête, à partir d'une extraction des données de 2013 du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), qui donne quelques repères supplémentaires sur la situation française [9]. D'abord, le codage de la lombalgie aiguë n'étant pas réalisé par les méde-

cins conseils, il n'est pas possible d'extraire le nombre de lombalgies à partir des données de remboursement. Il s'agit donc d'une extrapolation à partir d'actes de radiologie lombaire, sans rapport avec un acte chirurgical ou une pathologie grave (fracture, spondylarthrite, etc.) permettant de détecter un arrêt de travail dans l'année précédant ou suivant la radiographie.

Figure 1. Représentation des années de vie en situation de handicap par pathologies non transmissibles en France en 2016.

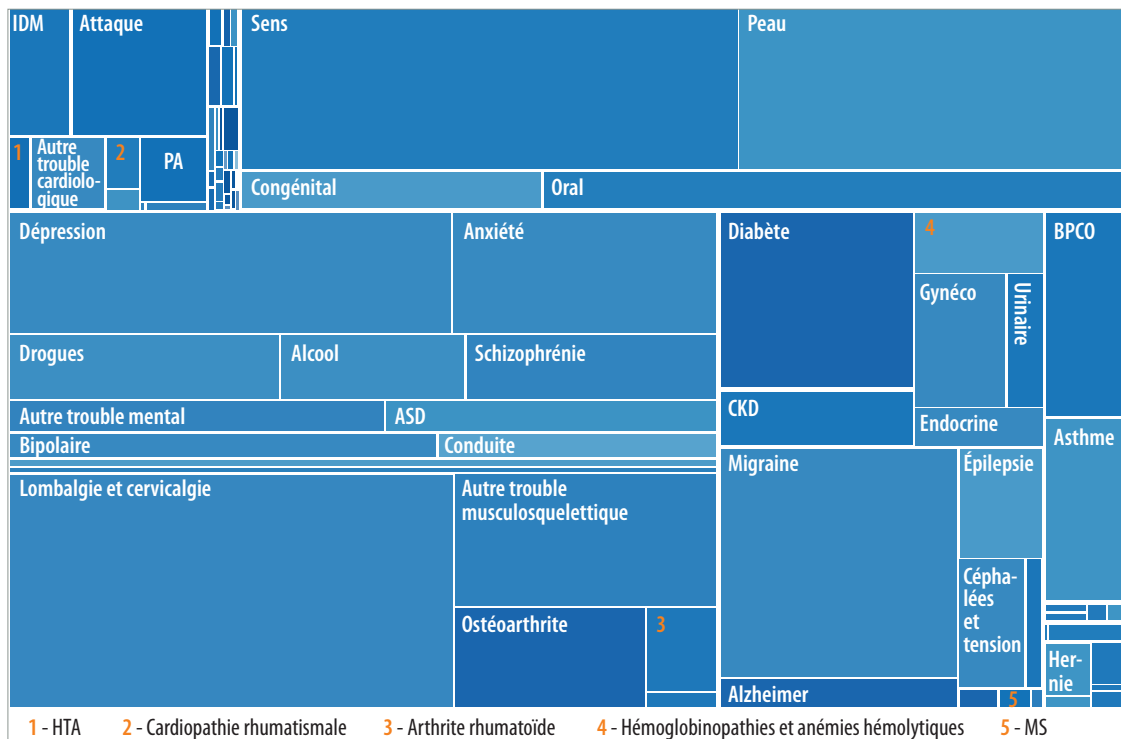
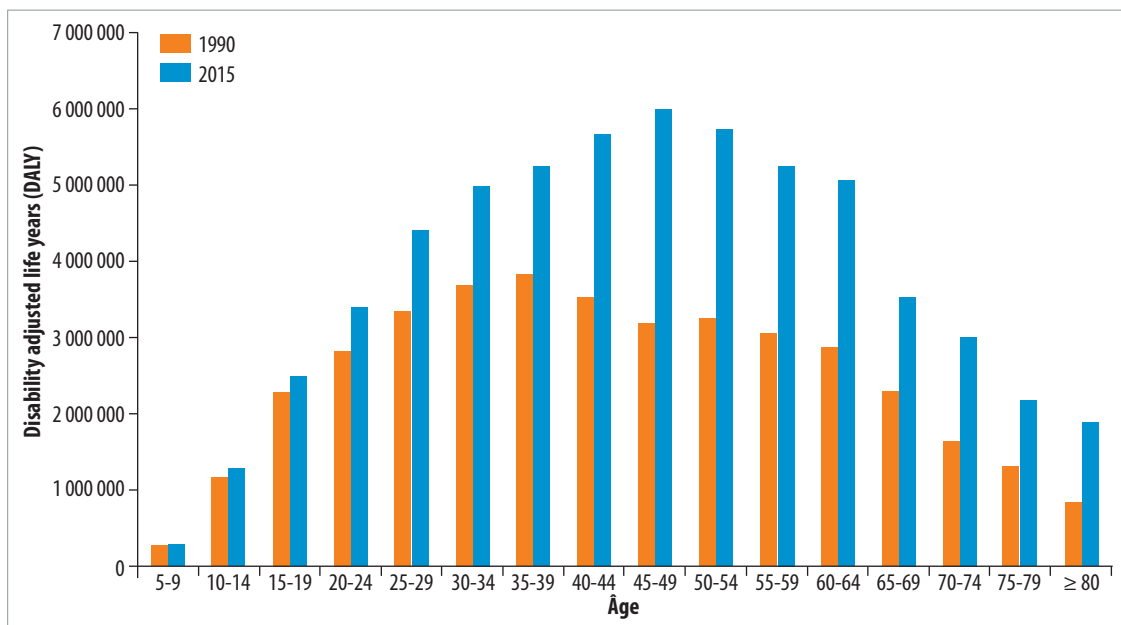


Figure 2. Pyramide des âges de la lombalgie dans le monde entre les années 1990 et 2015.



Il s'agit donc, au mieux, d'une mesure approchée de la borne basse, considérant que tous les patients souffrant de lombalgie ne passent pas de radiographie. Avec un total de plus de 2,6 millions de radiographies lombaires réalisées en 2013, on peut estimer la prévalence à un peu moins de 10 % de la population active (sur 28,6 millions en 2014). Cette estimation basse, ne concernant que la population active, semble corroborée par les données publiées par l'IHME où l'estimation de la prévalence en 2013 était de 13,8 % de la population générale. À titre de comparaison, les prévalences dans d'autres pays européens ou extracommunautaires sont représentées en **figure 3**.

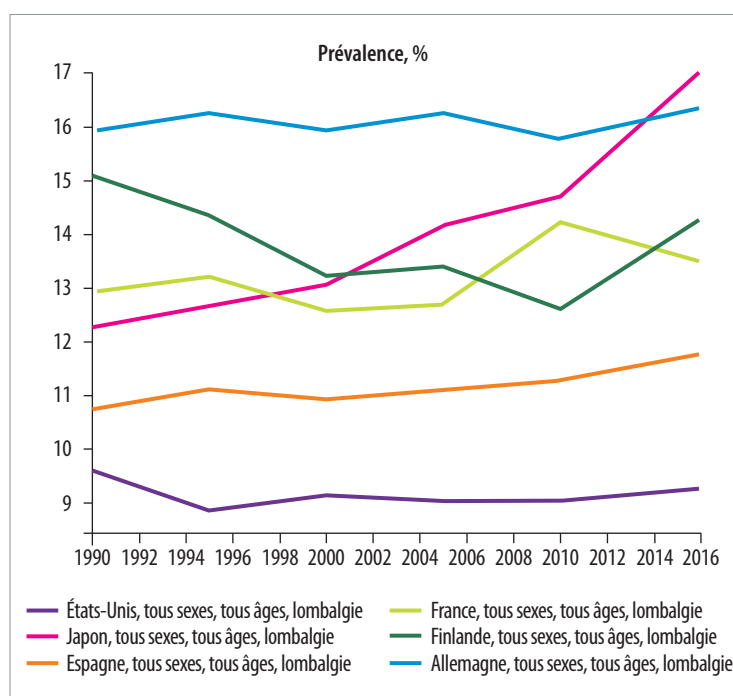
Même si les limitations d'activité associées à la lombalgie augmentent avec l'âge, il semble que la population active paie le plus lourd tribut en termes de prévalence (**figure 2, p. 7**), sans différence entre les populations rurale et urbaine [3].

Enfin, il peut paraître étonnant qu'une maladie bénigne, dont les épisodes douloureux sont habituellement courts et peu limitants (représentant moins de 30 % des causes les plus incapacitantes), ait de telles conséquences sociétales. Cependant, si l'on considère la prévalence élevée ici rapportée et l'impact des formes les plus incapacitantes, ainsi que leurs durées, on peut comprendre plus facilement les coûts associés à la lombalgie.

Coûts des lombalgies

Toujours selon les données du rapport *Charges et produits pour l'année 2017* [9], le parcours du patient

Figure 3. Prévalence comparée de la lombalgie dans plusieurs pays occidentaux.



lombalgique en France semble coordonné par le médecin généraliste qui a reçu, durant le 1^{er} mois d'évolution, plus de 85 % des patients qui seront en arrêt plus de 6 mois. Pour la majorité de ces patients un traitement médicamenteux a été prescrit (78 % le 1^{er} mois et 90 % à 6 mois), alors qu'environ la moitié reçoit des soins de kinésithérapie (37 % à 1 mois, 53 % avant 3 mois et 64 % à 6 mois). Le recours au médecin spécialiste (MPR, rhumatologue, chirurgien) est faible au début et se stabilise à 6 mois (respectivement, 7 %, 29 % et 36 % à 1, 3 et 6 mois). Pour les patients qui seront en arrêt moins de 6 mois, 15 % ont recours au médecin spécialiste entre le 1^{er} et le 3^e mois, alors que 35 % ont été en arrêt sur la période. Le taux de recours au médecin spécialiste reste faible à 6 mois (18 %). Le médecin spécialiste ne semble donc pas impliqué dans le parcours de soins, même lorsque des facteurs de chronicité comme la durée de l'arrêt de travail, le profil évolutif ou la consommation médicamenteuse le nécessiteraient. Conformément aux dernières recommandations de la HAS, l'identification précoce de ces facteurs de chronicité permettrait probablement de modifier le profil évolutif de ces patients [10].

La durée des arrêts dans les pays à haut revenu dépend des systèmes d'indemnités et non de facteurs individuels ou d'exposition [4]. Par exemple, en 2000, les arrêts courts pour lombalgie (1 à 3 jours) ne représentaient que 5,1 % des arrêts en Norvège et 6,4 %, en Suède. Cela est habituellement expliqué par un système de compensation plus dissuasif en Suède [11]. Ces différences peuvent aussi être culturelles, si l'on se réfère à un taux de plaintes pour lombalgie au travail en 1999 de 5,8 pour mille au Japon contre 60 fois plus aux États-Unis [12].

Il est habituel de considérer que moins de 10 % des patients lombalgiques deviennent chroniques mais que ces patients vont, à eux seuls, être responsables de 90 % des coûts. Les soins liés à la lombalgie ne représentent habituellement pas un poste de dépenses significatives que ce soit au titre du médicament, de la rééducation, de l'acte chirurgical ou des thérapies complémentaires (non remboursées). En revanche, les indemnités journalières versées au titre de l'arrêt maladie (AM), de l'accident de travail (AT) ou de la maladie professionnelle (MP) représentent la plus grosse partie des dépenses générées par la lombalgie. Environ 20 % des AT en France sont liés à une lombalgie, et, dans près de la moitié des cas, sont déclarés à la suite d'un soulèvement de charge [13]. On sait qu'environ 2 salariés sur 3 ont déclaré ou déclareront une lombalgie [13]. Cependant, l'enquête effectuée en 2016 [9] révèle que sur une période de 2 ans les arrêts de moins de 6 mois (341 000 arrêts représentant 10 millions de journées, 73 % d'AM et 23 % d'AT/MP) ont coûté 351 millions d'euros, alors que ceux de plus de 6 mois (6 700 arrêts représentant 3 millions de journées, 67 % d'AM et 33 % d'AT/MP) correspondent à une dépense estimée à 110 millions d'euros. Ainsi, les arrêts de plus de 6 mois sont rares (1,9 %), mais représentent 24 % des indemnités journalières versées. Au total, près de 350 000 personnes ont comptabilisé

un peu plus de 450 000 arrêts de travail, sans compter les personnes arrêtées pour lombalgie et qui n'ont pas passé d'examen radiographique (et donc non comptabilisées). Les lombalgies en lien avec le travail représentent pour la seule branche AT/MP un coût estimé à 1 milliard d'euros par an [13]. À titre d'exemple, la durée moyenne d'un arrêt dû à une maladie professionnelle est de 1 an et coûte 44 000 €. Ainsi, la majorité des coûts est en rapport avec les conséquences professionnelles de la lombalgie, dont les manifestations sont différentes d'un pays à l'autre, sans que l'on puisse identifier de raison précise. En raison des coûts générés, les mesures de préventions primaire, secondaire et tertiaire relatives à l'emploi méritent d'occuper une place centrale dans la prise en charge de la lombalgie, quel que soit son stade.

Handicap et lombalgie

Les conséquences biopsychosociales de la lombalgie varient d'un patient à l'autre, allant de l'absence de limitations d'activité à la désocialisation, voire la précarité [4]. La dimension handicap est le plus souvent représentée par le travail en raison des coûts qui lui sont associés. Si l'on se réfère à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), les activités et la participation représentent plusieurs domaines pouvant se chevaucher et souvent difficiles à mesurer. La lombalgie peut affecter la mobilité, les loisirs, l'emploi, la vie domestique comme relationnelle. Certaines unités de mesure comme les années de vie ajustée en fonction de l'incapacité (AVAI, *disability adjusted life years* (DALY)) ou bien les années de vie vécues avec incapacité (AVI, *years lost due to disability* (YLD)) sont alors utilisées pour pouvoir comparer les données entre différents pays. Il s'agit de mesurer le nombre d'années de vie sans incapacité perdues. Si l'on se réfère aux données de l'IHME, 926 465 années de vie sans incapacité ont été perdues en France en 2016 en raison de la lombalgie. À titre de comparaison, l'arthrose représente 160 000 années, le diabète, 340 000 et la cardiopathie ischémique, 910 000. Les facteurs expliquant ce fardeau sont variés et non univoques. Les populations aux revenus et niveaux socioéducatifs les plus faibles semblent les plus exposées [14]. Cette observation est en partie le résultat d'une appréhension de la maladie et des fausses croyances qui lui sont liées [15]. Cela explique pourquoi les campagnes d'informations de masse s'avèrent efficaces.

Références bibliographiques

1. Global health data exchange. Global burden of disease study 2016. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016>
2. Institute for health metrics and evaluation (IHME). Findings from the global burden of disease study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.
3. Hoy D et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64:2028-37.
4. Hartvigsen J et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391:2356-67.

5. Insee. Enquête décennale de santé 2002-2003. pp. 517-22.
6. Depont F et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol* 2010;24:101-8.
7. Mash B et al. A morbidity survey of South African primary care. *PLoS One* 2012;7:e32358.
8. Jordan KP et al. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care:

an observational study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:144.

9. Charges et produits pour l'année 2017 - Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017.



Retrouvez l'intégralité
des références bibliographiques
sur www.edimark.fr

Actions de l'Assurance maladie

Dans ce contexte, l'Assurance maladie a lancé depuis novembre 2017 une campagne d'envergure pour combattre les "fausses croyances" liées à la lombalgie et favoriser de nouveaux comportements. Cette campagne, diffusée sur différents supports (spots télévisés, affichage, applications smartphone), a pour objectif d'envoyer un message fort, simple à appréhender par tous les publics : en cas de mal de dos, le maintien de l'activité physique est la meilleure voie de guérison.

Le slogan principal est "Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement". Cette campagne est complétée par des actions à destination des professionnels de santé, avec notamment la diffusion d'un livret à destination des professionnels de santé et d'un livret d'information à destination des patients qui répond aux principales questions sur la lombalgie.

Le lancement du volet de la campagne spécifique à destination des entreprises à l'automne 2018 a été programmé en parallèle de la poursuite des actions à destination des professionnels de santé et du grand public. Mené dans une double approche Santé et Santé au travail, le volet Entreprises avait pour objectifs de sensibiliser les employeurs à l'enjeu de la lombalgie et de les orienter vers les démarches de préventions primaire (réduire le risque lombalgique) et secondaire (favoriser le retour au travail et le maintien en emploi des salariés lombalgiques). Cette campagne a été élaborée en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (Institut national de recherche et de sécurité, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics, fédérations professionnelles, services de santé au travail).

Conclusion

La lombalgie reste la 1^{re} cause d'années de vies vécues en situation de handicap dans le monde, avec une prévalence élevée, notamment dans les populations en situation d'emploi. Les coûts associés sont en majeure partie liés au travail et représentent un fardeau sociétal persistant. Considérant l'importance des facteurs psychosociaux et professionnels dans l'évolution de cette pathologie bénigne, mais dont les facteurs de chronicité sont identifiables, les mesures de prévention comme les campagnes de masse menées par l'Assurance maladie et les traitements précoces, en accord avec les recommandations de la HAS, paraissent toujours plus indispensables.

A. Dupeyron déclare ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

I. Tavares, M. Mazza, D. Ohouo, P. Araminthe, S. Schramm n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

Références bibliographiques (suite de la page 9)

10. HAS. *Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. Recommandation de bonne pratique.* 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2961499/fr/prise-en-charge-du-patient-presentant-une-lombalgie-commune
11. Ihlebaek C et al. *Prevalence of low back pain and sickness absence: a "borderline" study in Norway and Sweden.* *Scand J Public Health* 2006;34:555-8.
12. Volinn E et al. *Back pain claim rates in Japan and the United States: framing the puzzle.* *Spine* 2005;30:697-704.
13. INRS. *Lombalgie.* www.inrs.fr/actualites/lombalgies-travail.html
14. Shmigel A et al. *Epidemiology of chronic low back pain in US adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2010.* *Arthritis Care Res* 2016;68:1688-94.
15. Coggon D et al. *Disabling musculoskeletal pain in working populations: Is it the job, the person, or the culture?* *Pain* 2013;154:856-63.