

Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques

Medical, Social and Economic Aspects of the Management of Chronic Low-back Pain

Haumesser D¹, Becker P¹, Grosso-Lebon B², Weill G³

Résumé

Objectifs : Décrire les modalités de prise en charge des patients atteints de lombalgies depuis plus de trois mois, en décrire les répercussions sur le patient, évaluer les coûts de cette prise en charge.

Méthode : Étude rétrospective portant sur les assurés sociaux de la caisse primaire d'assurance maladie de Metz (Moselle, France) ayant bénéficié d'un arrêt de travail de plus de trois mois pour lombalgie chronique à partir du 1^{er} janvier 1998, à l'exclusion des ayants droit et des assurés de plus de 65 ans ne bénéficiant pas d'un arrêt de travail. Les critères de jugement retenus ont été les modalités de prises en charge, les répercussions (douleur, qualité de vie, devenir socioprofessionnel) et les données financières.

Résultats : Sur 100 patients, 95 ont été retenus. Il n'existait aucun facteur de risque dans 29,5% des cas. Tous les patients ont bénéficié d'une tomodensitométrie lombaire. Le traitement chirurgical a été nécessaire dans 87,4 % des cas. Le coût moyen de la prise en charge était de 15 679 euros par patient. La durée moyenne de l'arrêt de travail a été de 351 jours avec reprise de l'ancien poste de travail dans 44,2 % des cas. À l'issue du traitement, 84,2 % des patients estimaient que leur état s'était amélioré.

Conclusion : La prise en charge de ce groupe de patients a nécessité une lourde mobilisation du système de soins, sans pour autant éviter des répercussions importantes sur la qualité de vie et le devenir socioprofessionnel des assurés.

Rev Med Ass Maladie 2004;35,1:27-35

Mots clés : lombalgie, coût des soins médicaux, qualité de vie, évaluation, douleur.

Summary

Aims: To describe the management of patients suffering from low-back pain for more than 3 months and determine the consequences for the patient as well as the cost for the healthcare fund.

Method: We performed a retrospective study involving beneficiaries affiliated with the Metz local health agency (Moselle, France) who were on sick-leave for chronic low-back pain for more than 3 months since January 1, 1998. Family members of affiliates who were eligible for benefits and patients older than 65 years old and not on sick leave were excluded from the study. The parameters studied were: types of medical management, consequences (pain, quality of life, socio-professional outcome) and cost of treatment.

Results: We enrolled 95 of the 100 patients initially selected. 29.5% of the patients had no risk factor for this disorder. All of the patients had a lumbar CAT scan. Surgical intervention was performed in 87.4% of the cases. The average overall cost per patient was 15,679 euros. The average sick-leave lasted 351 days and 44.2% of the patients were able to resume their previous employment. Following treatment, 84.2% of the patients considered that they were improved.

Conclusion: The management of these patients required a heavy investment on the part of the entire health care system. Nevertheless, the patients still experienced serious reductions in their quality of life and their professional careers.

Rev Med Ass Maladie 2004;35,1:27-35

Key words: low-back pain, cost of medical care, quality of life, evaluation, pain.

¹ Médecin-conseil, Échelon local du service médical de Metz (CNAMTS).

² Médecin-conseil, chef de service, Échelon local du service médical de Metz (CNAMTS).

³ Directeur régional du service médical d'Alsace-Moselle (CNAMTS).

Adresse pour correspondance : Dr Daniel Haumesser, Échelon local du service médical de Metz (CNAMTS), 18-20 rue Haute Seille, BP 51100, F-57036 Metz cedex 01
e-mail : daniel.haumesser@elsm-metz.cnamts.fr

INTRODUCTION

En ce début de siècle, le « mal de dos » ou lombalgie reste l'une des affections qui préoccupe le plus nos concitoyens [1, 2].

L'entité *lombalgie* n'existe pas en tant que telle mais correspond à un symptôme clinique douloureux qui, tant pour ses formes aiguës que chroniques, génère un recours important au système de soins.

La lombalgie revêt le plus souvent une forme aiguë en relation avec des anomalies ligamento-musculaires. Lorsqu'elle persiste plus de trois mois, cette lombalgie est alors qualifiée de chronique. Les répercussions médico-économiques de ces deux formes sont totalement différentes. Dans les lombalgies aiguës, l'importance des conséquences économiques est, pour l'essentiel, en relation avec le nombre de cas incidents, chaque nouveau cas ayant une répercussion modérée. Par contre, les répercussions socio-économiques des lombalgies chroniques sont directement en rapport avec la sévérité et la durée de l'affection, même si le nombre de patients reste limité [3].

Par la nature même de son activité, le médecin-conseil de l'assurance maladie est amené à suivre des patients dont la maladie est sévère ou d'évolution prolongée.

Le symptôme lombalgie peut être l'expression de nombreuses affections, toutefois, la majorité des patients suivis par le médecin-conseil est atteinte de lombosciatique commune.

Les médecins-conseils examinent souvent des patients souffrant de lombalgies dont l'évolution est défavorable malgré la prise en charge, et pour lesquels le retentissement socio-professionnel et économique semble important (durée d'incapacité de travail importante, difficulté à reprendre son poste de travail antérieur, licenciement éventuel, invalidité...).

Si des données – nombre de cas, recours au système de soins, conséquences économiques, difficultés socio-professionnelles des patients – sont disponibles en nombre pour les formes habituelles de lombalgies [1, 4-8], elles sont, à notre connaissance, inexistantes pour leurs formes sévères.

Le présent article rend compte d'une étude de suivi de malades souffrant de lombalgies ayant interrompu leur activité professionnelle pour cette cause depuis plus de trois mois. L'objectif en était triple :

- décrire les modalités de leur prise en charge,
- estimer les coûts de cette prise en charge,

- décrire les répercussions sur le patient (douleur, qualité de vie, devenir socio-professionnel).

MÉTHODE

1. Population étudiée

Il s'agit d'une étude de cohorte historique.

La population source était celle d'assurés sociaux relevant de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Metz (261 470 assurés), ayant été examinés par un médecin-conseil du service médical au motif d'un arrêt de travail (> 3 mois) pour lombalgie (avec ou sans radiculalgie), quel que soit le régime de prise en charge¹.

Les ayants droit (conjoints et enfants à charge) atteints des mêmes symptômes mais ne bénéficiant pas d'un arrêt de travail, et les assurés de plus de 65 ans ont été exclus.

L'effectif souhaité de l'échantillon était de cent patients. Compte tenu du nombre de cas incidents estimés, la période d'inclusion n'a pas été prolongée au delà de 18 mois.

La lombosciatique a été définie par l'existence d'une douleur du membre inférieur dans le territoire radiculaire pouvant correspondre aux racines L₅ ou S₁, effet d'un conflit disco-radiculaire au niveau L₄ - L₅ ou L₅ - S₁, en excluant les lombosciatiques symptomatiques d'une affection tumorale, infectieuse, inflammatoire ou post-fracturaire [10].

Chaque patient inclus dans l'étude a été suivi régulièrement par le médecin-conseil en charge de son dossier jusqu'à la clôture de ce dernier.

Le dossier a été considéré comme clos lorsque :

- dans le cadre du régime maladie, l'arrêt de travail s'était terminé par la reprise du travail, la mise en invalidité ou l'inscription au chômage ;
- dans le cadre du régime AT-MP, la consolidation² avait été prononcée à l'initiative du médecin traitant ou du médecin-conseil.

2. Critères de jugement

Chaque patient a bénéficié d'un interrogatoire détaillé portant sur :

- les données générales : date de début de la symptomatologie, régime de prise en charge, les activités professionnelles et facteurs de risques (utilisation de la voiture pour des trajets supérieurs à 40 km par jour, antécédents de traumatisme du rachis, lésions

¹ C'est-à-dire au titre de la couverture du risque « maladie », ou des risques « accident du travail » (AT) et « maladie professionnelle » (MP) [9]. Est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau (art. L. 461-1 du Code de la sécurité sociale) ; il s'agit ici des tableaux n° 97 (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier) et n° 98 (Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes) (art. R. 461-3 CSS).

² La consolidation est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutif à l'accident, sous réserve des rechutes et des révisions possibles.

retentissant sur le rachis). Tous les sports physiques à retentissement rachidien (tennis, course à pied, équitation, parachutisme...) et les efforts physiques réguliers accomplis en dehors du travail (jardinage, maçonnerie et bricolage) ont été considérés comme loisirs retentissant sur le rachis ;

– les modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique [11, 12], à savoir les examens complémentaires réalisés (avec, en particulier, recherche des différents examens d'imagerie médicale : radiographie standard, myélosaccoradiculographie, tomodynamométrie, remnographie), les médecins consultés, les soins dispensés par des auxiliaires médicaux, les spécialités médicamenteuses utilisées et les interventions chirurgicales réalisées ;

– les données financières : à savoir les dépenses relatives aux frais de transport (taxi, véhicule sanitaire léger et ambulance), aux soins infirmiers, aux soins de kinésithérapie, aux examens biologiques, aux honoraires médicaux (généralistes, spécialistes dont les radiologues, chirurgiens et anesthésistes), aux frais d'hospitalisation (les frais réels ont été pris en compte pour l'hospitalisation privée, alors que pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, nous avons valorisé le séjour en multipliant le prix de journée de la discipline par le nombre de journées passées dans le service), à la pharmacie y compris les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, aux indemnités journalières pour arrêt de travail, aux cures thermales (forfait thermal, transport, forfait d'hébergement).

Il s'agit donc des coûts médicaux directs en terme de recours aux soins. Ainsi les coûts des arrêts de travail à la charge des entreprises (coûts indirects et tangibles) et les coûts dits indirects intangibles (liés aux conséquences psychologiques ou aux effets sur le bien-être et la qualité de vie des malades) n'ont pas été comptabilisés [2, 13] ;

– les répercussions sur le patient en matière de :

- douleur : le questionnaire comportait une mesure de la douleur par échelle visuelle analogique (EVA) [14, 15] ;

- qualité de vie par l'utilisation du *Dallas Pain Questionnaire* de Lawlis, Mc Coy et Selly, échelle de qualité de vie spécifique des lombalgies chroniques dont la version française a été validée par la Société française de rhumatologie [16].

Il s'agit d'un autoquestionnaire subdivisé en quatre rubriques.

La première rubrique concerne les répercussions sur les activités quotidiennes et comporte sept questions. Elle explore la douleur et son intensité, les soins personnels, la possibilité de soulever, la marche, la position assise, la position debout et le sommeil.

La deuxième concerne les répercussions sur les activités professionnelles et les loisirs, elle comporte trois questions. Elle explore la vie sociale, les déplacements en voiture et les activités professionnelles.

La troisième rubrique permet l'analyse des conséquences sur le rapport anxiété/dépression, elle comporte trois questions. Elle explore l'anxiété, le moral, la maîtrise de soi et la dépression.

La dernière concerne les répercussions sur la sociabilité et comprend trois questions. Elle explore les relations avec les autres, le soutien dans la vie de tous les jours et les réactions défavorables des proches.

Chaque réponse est cotée par le patient sur une échelle analogique visuelle subdivisée en cinq à huit segments et annotée à une extrémité par un mot tel que « pas de douleur » et le chiffre 0 % et à l'autre extrémité par « tout le temps » et le chiffre 100 %.

Chaque rubrique est affectée d'un score obtenu en additionnant les valeurs obtenues pour chaque question et en multipliant le total par un coefficient de pondération. La valeur de ce coefficient est de trois pour la première rubrique et de cinq pour les trois autres rubriques. On obtient ainsi un pourcentage d'impact de la lombosciatique sur chacune des quatre composantes. Enfin le score global (maximum de 400) est obtenu en additionnant les quatre scores précédents ;

- devenir socio-professionnel du patient au regard de son activité.

3. Recueil des données

L'échantillon a été constitué à partir du signalement, effectué par la CPAM de Metz, des arrêts de travail d'une durée supérieure à trois mois à partir du premier janvier 1998. L'inclusion des patients a été arrêtée le 31 juillet 1999 au centième cas.

Tous les patients de l'échantillon ont été interrogés et examinés, selon les modalités décrites dans la littérature [17], par un des deux médecins-conseils en charge de l'étude. La répartition de ces patients auprès des deux médecins-conseils a été aléatoire.

Pour les données financières, les services administratifs de la CPAM de Metz ont fourni, par requête informatique, l'ensemble des dépenses de soins remboursées par l'assurance maladie pendant la période de suivi.

Par l'entretien avec les patients, les médecins-conseils ont exclu toutes celles de ces dépenses qui n'avaient pas de rapport direct avec la lombosciatique commune.

S'agissant des répercussions :

- une mesure de l'intensité de la douleur a été réalisée le jour de l'entretien avec le médecin-conseil. Chaque patient a exprimé de façon rétrospective le niveau de douleur maximale endurée ;

– chaque patient a rempli à deux reprises l’auto-questionnaire de Dallas, la première fois en évaluant le retentissement de la lombosciatique commune avant la mise en œuvre du traitement (médical et/ou chirurgical), et la seconde, après la mise en œuvre de ce traitement .

4. Traitement des données

Les questionnaires et les données financières, rendus anonymes, ont bénéficié d’une double saisie sur le logiciel Epi-Info®, après validation par les deux responsables de l’étude. L’exploitation et l’analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS™ 9.0. La liaison éventuelle entre les variables « coûts de prise en charge » et « gravité » (exprimée par le score de Dallas) a été recherchée par le test de corrélation de Pearson.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales des patients

L’échantillon initial comprenait 100 patients, mais cinq d’entre eux ne répondant à aucune des sollicitations, il a finalement été réduit à 95 patients (61 hommes ; 34 femmes - âge moyen : 42 ans) (Figure 1).

La prise en charge de l’affection était couverte par les risques maladie (n = 73), AT (n = 11) et MP (n = 11 cas).

Les patients appartenaient à trois catégories professionnelles : ouvriers (57 cas), employés (33 cas) et cadres (5 cas).

28 (29,5 %) des patients n’avaient aucun facteur de risque, en revanche 34 patients utilisaient la voiture pour des trajets supérieurs à 40 km par jour, 32 avaient des antécédents de traumatisme du rachis, 12 avaient des troubles de la posture, neuf

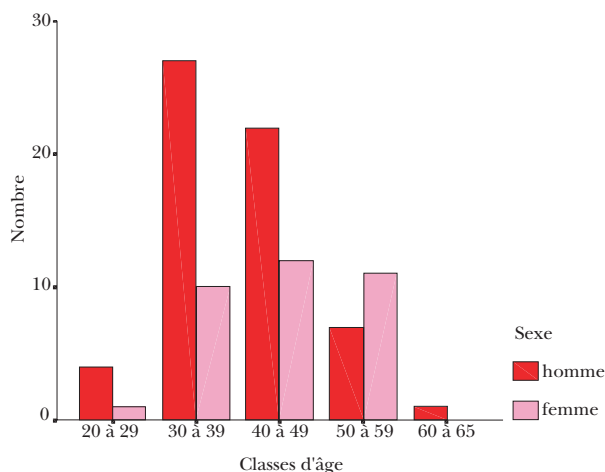


Figure 1. Répartition des patients selon le sexe et l’âge (n = 95)

pratiquaient des sports retentissant sur le rachis et huit faisaient des efforts physiques réguliers en dehors du travail. Au total, les patients n’avaient aucun facteur de risque (n = 28), un seul (n = 41) deux (n = 24) ou trois (n = 2).

2. Prise en charge médico-chirurgicale

a) Imagerie médicale

Chacun des patients a bénéficié d’une tomodensitométrie lombaire et pour 89,5 % d’entre eux une radiographie standard avait déjà été réalisée. Un patient sur deux a bénéficié d’un examen par résonance magnétique nucléaire (Tableau I).

b) Médecins intervenants

Les disciplines des médecins ayant pris en charge les patients étaient, par ordre de fréquence décroissant : médecine générale, neurochirurgie, rhumatologie, rééducation et réadaptation, chirurgie orthopédique, neurologie, et psychiatrie. Plusieurs médecins ont pu intervenir dans la prise en charge d’un même patient.

La combinaison la plus fréquemment retrouvée était celle qui associait omnipraticien, neurochirurgien et rhumatologue (15,5 % des cas).

c) Traitement

Les associations antalgiques-anti-inflammatoires non stéroïdiens-myorelaxants et antalgiques-anti-inflammatoires non stéroïdiens-myorelaxants-corticoïdes représentent 47,4 % des prescriptions (Tableau II).

28 patients ont bénéficié d’un séjour dans un centre de rééducation ou d’une structure de lutte contre la douleur.

51 patients ont bénéficié d’infiltrations de cortico-stéroïdes, épidurales (n = 46), intra-rachidiennes (n = 4) et au niveau des articulations interapophysaires postérieures (n = 1).

83 patients ont subi un traitement chirurgical, à savoir une discectomie partielle (n = 70), une discectomie avec arthrodèse (n = 5), une microdiscectomie (n = 3), une discectomie avec chimionucléolyse (n = 3) et une chimionucléolyse (n = 2).

En complément des traitements médicamenteux et chirurgicaux, 88 patients ont bénéficié d’une rééducation ambulatoire, 16 d’une cure thermale, 13 de manipulations vertébrales et trois de séances d’acupuncture.

Les séquences thérapeutiques traitement médicamenteux-rééducation ambulatoire-chirurgie avec ou sans infiltration représentaient plus d’un tiers des cas (33,6 %).

La durée moyenne du traitement a été de 600 jours (de 60 à 3 600 jours, avec trois cas dépassant trois

Tableau I
Répartition par patient des moyens de diagnostic par imagerie médicale (n = 95)

Moyens de diagnostic	Effectif	%
TDM ^a lombaire + radiographie standard + IRM ^b	44	46,2
TDM lombaire + radiographie standard	34	35,8
TDM lombaire seul	5	5,3
TDM lombaire + radiographie standard + IRM ^b + myélosaccoradiculographie	5	5,3
TDM lombaire + IRM ^b	3	3,2
TDM lombaire + myélosaccoradiculographie	2	2,1
TDM lombaire + radiographie standard + myélosaccoradiculographie	2	2,1
Total	95	100,0

^a Tomodensitométrie.

^b Imagerie par résonance magnétique nucléaire.

Tableau II
Répartition des traitements médicamenteux utilisés par voie générale (n = 95)

Type de médicaments	Effectif	%
Antalgique	90	94,7
Myorelaxant	82	86,3
Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)	81	85,3
Corticoïde	50	52,6
Anti-dépresseur	30	31,6
Médicament à visée énergétique musculaire	10	10,5

Tableau III
Répartition du coût moyen par cas ventilé par poste de dépense (n = 95)

	Coût moyen par cas (euros)	IC ^a	Coût médian par cas (euros)
Indemnités journalières	7 836	[6 818-8 854]	6 574
Hospitalisation	4 749	[3 777-5 722]	4 395
Pharmacie	891	[754-1 027]	625
Médecin omnipraticien	433	[346-519]	359
Radiologie	372	[306-438]	303
Kinésithérapie	359	[296-422]	271
Transports	306	[229-383]	185
Chirurgie	275	[204-346]	99
Médecin spécialiste	158	[97-220]	46
Biologie	106	[82-129]	69
Anesthésie	102	[71-132]	0
Soins infirmiers	83	[66-99]	64
Cure thermique	11	[0-21]	0
Total	15 679	[13 981-17 377]	12 990

^a Intervalle de confiance à 95 % pour le coût moyen.

années de soins) en tenant compte de l'ensemble des traitements depuis le début de la prise en charge.

3. Coût de la prise en charge

Le coût global de la prise en charge par patient était en moyenne de 15 679 euros avec des ex-

trêmes allant de 1 769 à 47 876 euros. Le coût médian était de 12 990 euros. La ventilation des dépenses par poste est donnée dans le Tableau III.

Le poste le plus important, avant celui de l'hospitalisation, était celui des indemnités journalières pour arrêt de travail versées par l'assurance mala-

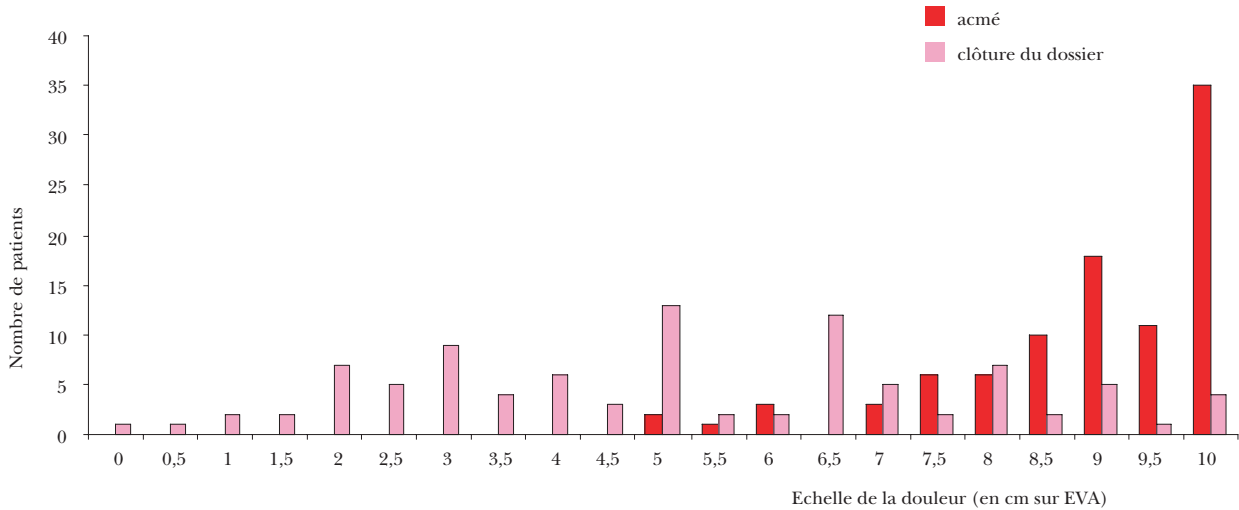


Figure 2. Répartition des valeurs d'échelle de douleurs à l'acmé de la douleur et à la clôture du dossier ($n = 95$)

die, correspondant en moyenne à plus de la moitié du coût. Il n'y a pas de corrélation entre la gravité initiale (mesurée par le score de Dallas) et le coût global de prise en charge.

4. Répercussions sur la qualité de vie et le devenir professionnel

a) Douleur

L'intensité de la douleur a été visualisée sur la règle EVA à deux reprises, à l'acmé de la douleur et à la clôture du dossier (Figure 2).

b) Activité professionnelle des patients

La durée d'interruption de l'activité professionnelle était en moyenne de 351 jours (Figure 3). Il n'a pas été possible pour tous les patients de reprendre une activité professionnelle ; les suites professionnelles à la fin du traitement sont détaillées dans le tableau IV. Pour les cas relevant du risque AT-MP, le taux moyen d'incapacité partielle permanente (IPP) était de 9% (allant de 5 à 20 %).

c) Répercussions mesurées par l'échelle de Dallas

Même si l'auto-questionnaire donne un score global des répercussions des douleurs, il est intéressant d'en distinguer chacune des rubriques. La répartition des scores initiaux est détaillée dans la Figure 4. Le score obtenu par l'addition des scores des quatre rubriques mesure la globalité de l'impact du symptôme douloureux. Cette répercussion globale a été calculée à la fois au stade initial et au moment de la stabilisation (Figure 5).

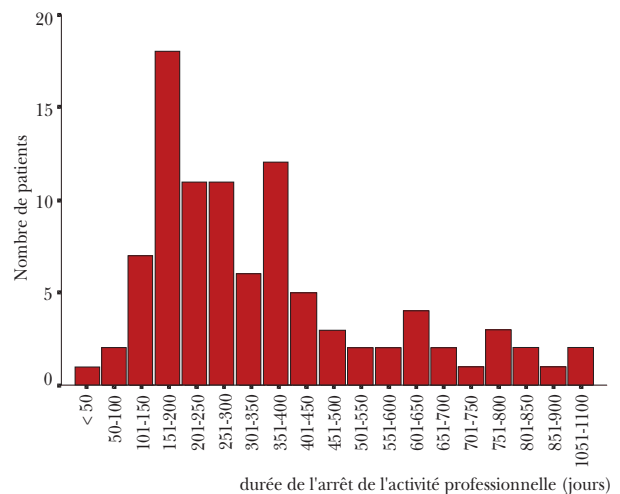


Figure 3. Répartition des patients selon la durée de l'arrêt de l'activité professionnelle (en jours)

L'évolution du score global est obtenue, pour chaque patient, par le calcul de la différence entre le score à la stabilisation et le score initial. Les différences négatives ont été considérées comme des améliorations, les positives comme des dégradations. Pour neuf patients, l'évolution a été péjorative avec une dégradation comprise entre 1 et 100. Pour six patients, il n'y a pas eu de changement entre les deux mesures. 80 patients ont connu une amélioration (avec pour 38 d'entre eux une différence comprise entre 1 et 100, pour 36 une différence comprise entre 101 et 200, et pour six une différence supérieure à 200).

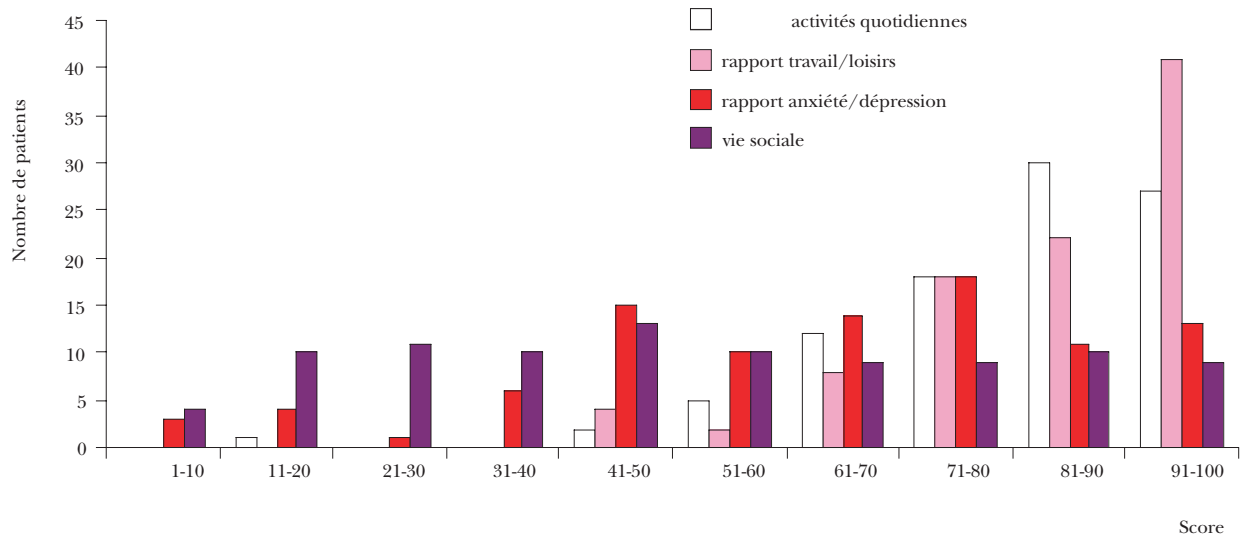


Figure 4. Répartition des scores des rubriques du questionnaire Dallas au stade initial de l'affection (n = 95)

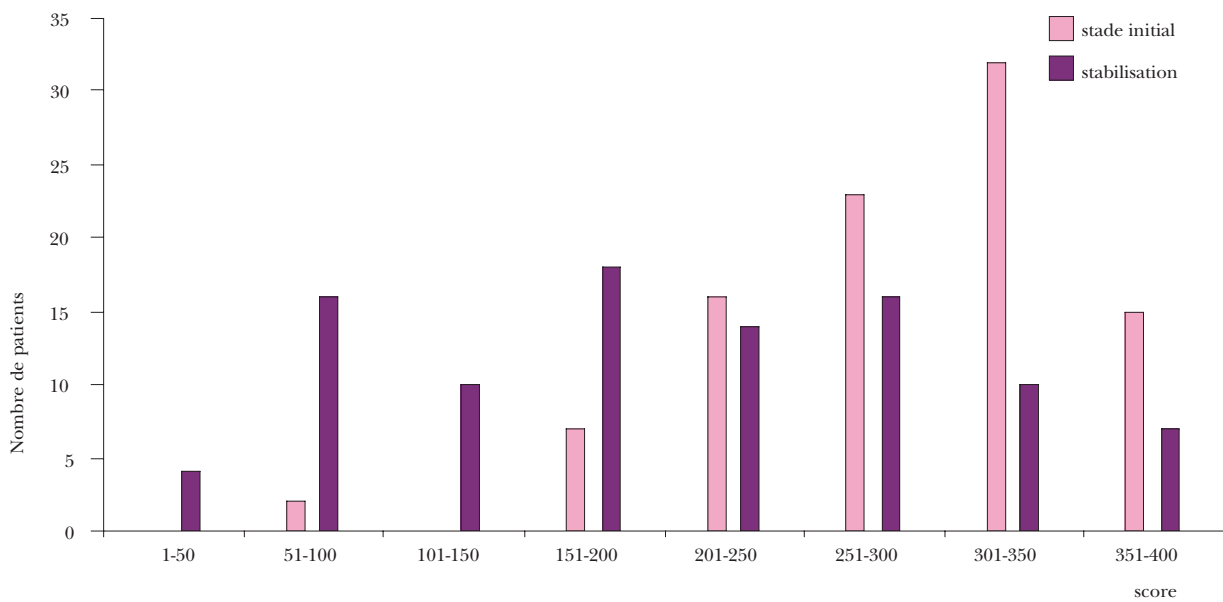


Figure 5. Répartition des scores de Dallas globaux de l'impact de la douleur rachidienne, au stade initial et à la stabilisation de l'affection (n = 95)

Tableau IV
Répartition des patients selon leur devenir professionnel après la fin du traitement (n = 95)

Devenir professionnel	Effectif	%
Reprise du travail au poste antérieur	42	44,2
Chômage	20	21,0
Reprise du travail avec aménagement de poste	14	14,7
Nouvel emploi suite à licenciement	7	7,4
Invalidité catégorie 2	4	4,2
Reclassement professionnel	3	3,2
Invalidité catégorie 1	5	5,3

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Notre échantillon, compte tenu du mode de recrutement (nécessité d'un arrêt de travail long), comportait des patients atteints de lombosciatiques « sévères » ou qui ont nécessité une mobilisation « lourde » du système de soins. Les résultats sur les répercussions sociales et le coût économique de cette affection ont donc certainement été majorés. Toutefois ce biais peut être tempéré si l'on sait que les répercussions socio-économiques des lombosciatiques « légères » sont faibles et qu'elles ne suscitent pas les mêmes interrogations ou préoccupations que celles des lombosciatiques « sévères ».

Le fait que nous n'ayons pu obtenir une mesure chiffrée de la douleur maximale, en temps réel, ne permet pas de comparer, de façon véritablement objective, les niveaux de douleur avant et après traitement. Il en est de même pour la mesure du score de DALLAS. Il n'a pas été mis en évidence de différence entre l'échantillon examiné et les cinq personnes perdues de vue en ce qui concerne l'âge, le sexe et la durée d'arrêt de travail.

2. Caractéristiques générales

Les lombosciatiques concernaient essentiellement des hommes, plutôt jeunes et exerçant, pour la plupart, la profession d'ouvrier.

La prise en charge par les organismes d'assurance maladie a été faite majoritairement dans le cadre du risque maladie. La faiblesse relative des effectifs en MP était peut-être en relation avec le caractère limitatif des tableaux 97 et 98 qui ne permet pas la reconnaissance de toutes les lombosciatiques chroniques d'origine professionnelle [9].

Les facteurs de risque les plus fréquents sont les antécédents de traumatisme du rachis et l'utilisation quotidienne de la voiture. Leur impact sur l'évolution de la maladie est toutefois difficile à évaluer.

À noter qu'un nombre élevé de patients n'a aucun facteur de risque.

3. Prise en charge thérapeutique

La totalité des patients a bénéficié d'une tomodensitométrie. Environ la moitié d'entre eux a également bénéficié d'une imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM). La séquence diagnostique la plus fréquente est l'association radiographique standard-tomodensitométrie-IRM.

L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale³ [10] recommande une radiographie standard lorsque la douleur s'aggrave

ou persiste au-delà d'un délai de deux semaines. Les examens par tomodensitométrie ou IRM sont préconisés pour préciser le conflit disco-radiculaire lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé ; dans notre échantillon, 83 patients sur 95 ont bénéficié d'un tel traitement.

Les patients ont essentiellement été suivis par leur médecin généraliste. La très grande majorité des patients atteints de lombosciatique « sévère » a consulté un chirurgien, principalement des neurochirurgiens.

Les traitements médicamenteux administrés aux patients restent classiques, associant antalgiques, myorelaxants et anti-inflammatoires non stéroïdiens. On relèvera la fréquence de l'administration *per os* de corticoïdes alors que ce traitement n'est pas recommandé (accord professionnel) dans la prise en charge de la douleur [12].

Les antidépresseurs sont essentiellement pris dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique. Le recours aux infiltrations n'est pas systématique et il s'agit quasiment toujours d'infiltrations épidurales. La majorité des patients a bénéficié d'un traitement chirurgical de type discectomie. La kinésithérapie est quasi systématique, que ce soit avant ou après l'intervention chirurgicale.

Compte tenu de la sévérité de l'affection, la durée moyenne de traitement est longue avec un retentissement socioprofessionnel pouvant être important.

4. Coût de la prise en charge

Le coût moyen pour l'assurance maladie est particulièrement élevé, estimé à 15 679 euros par patient. La variabilité du coût est importante. Aux États-Unis, Webster et Snook [18] estimaient le coût moyen de la prise en charge de patients opérés par discectomie à 6 807 euros, avec un coût médian de 391 euros, suggérant ainsi une forte concentration des coûts auprès d'une minorité d'individus

Dans notre échantillon, les coûts moyens et médians sont relativement proches, il s'agit donc d'une population homogène.

En Suisse, le coût moyen d'un cas de lombalgie traité en ambulatoire était estimé à 1 088 euros [19].

Les coûts retrouvés dans la littérature sont donc presque trois fois inférieurs, en raison de notre échantillonnage de lombalgies qualifiées de « sévères » [20-23].

Le poste de dépense le plus important est celui des indemnités journalières versées pour arrêt de travail, ce qui souligne le retentissement social particulier de cette affection. Ce poste est aussi le plus

³ Devenue l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (www.anaes.fr)

accessible au médecin-conseil de l'assurance maladie et ce d'autant que la pérennisation de l'inactivité n'est pas favorable à la rémission [24, 25].

Le préjudice professionnel est probablement encore plus important. En effet, certains patients n'ont pas été en état de reprendre leurs anciens postes de travail et ont donc été licenciés avec parfois la nécessité d'un reclassement professionnel.

Nous n'avons pas pu estimer le coût de ces décisions.

5. Répercussions

La douleur mesurée par l'EVA est importante voire intense au moment du diagnostic. À l'issue du traitement, on relève une répartition homogène des scores. Près de la moitié des patients conserve une douleur supérieure à cinq sur l'échelle de la douleur. Ce syndrome douloureux pourrait expliquer en partie la longueur de l'arrêt de travail.

La durée d'interruption de l'activité professionnelle est variable, toutefois elle est en moyenne d'un an, ce qui peut expliquer d'éventuelles difficultés de réinsertion professionnelle. Le nombre de patients n'ayant pas repris leur ancien poste de travail est élevé ; il est plus fréquemment en rapport avec un licenciement qu'avec une impossibilité de reprendre un emploi ayant justifié une invalidité. Le taux de reprise de l'ancien poste de travail (44,2 %) est comparable à celui retrouvé dans d'autres études [4, 26].

Les répercussions sociales mesurées par le score de DALLAS sont très importantes au début de l'affection tant dans les activités quotidiennes que dans le rapport au travail et aux loisirs.

La répercussion sur le moral des patients est réelle, mais ne semble pas liée à l'intensité de la douleur. Le retentissement psychologique est donc très variable selon les individus, comme pour les répercussions sociales.

Le score global initial atteste d'un retentissement important supérieur à 200 pour la grande majorité des patients. À l'issue du traitement, la répartition est plus homogène, ce que confirme la répartition des taux d'amélioration. On notera toutefois la proportion importante des patients peu améliorés ou dont l'état s'est dégradé.

Cette étude a mis en évidence, parmi les malades lombalgiques, l'existence d'un groupe atteint de lombosciatique qualifiée de « sévère ». Dans ce groupe, les indicateurs initiaux de douleur et de répercussion sociale n'étaient pas prédictifs d'une évolution sévère de la lombosciatique ; il n'a pas été tenu compte de l'indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës décrit par Valat [27].

Ce groupe entraîne une mobilisation lourde du système de soins avec un coût global moyen par patient de 15 679 euros.

Malgré cette mobilisation lourde, les répercussions en terme de qualité de vie demeurent importantes, avec une durée moyenne d'arrêt de travail de 351 jours, une réelle reprise d'activité professionnelle dans 62,1 % des cas seulement et la persistance de la douleur.

Dans ces conditions, on peut poser la question de l'opportunité de mesures d'accompagnement des malades et des médecins traitants par les médecins-conseils, qu'il s'agisse de la diffusion des recommandations de pratique clinique avec pour objectif une meilleure utilisation des ressources [8], ou d'un accompagnement plus actif comme celui que préconisent Donceel et Dubois dans le cadre de la législation sociale belge [28].

RÉFÉRENCES

1. Gèpner P, Charlot J, Avouac B et al. Lombalgies. Aspects socio-économiques, épidémiologiques et médico-légaux. *Rev Rhum Ed Fr* 1994; 61, 4bis:5-7.
2. Lacronique JF. Le coût du mal de dos. Assises internationales du dos. Grenoble (France) : Gepcar ; 1991.
3. Valat JP. Epidémiologie des lombalgies. *Rev Rhum Ed Fr* 1998;65, 5bis:172-4.
4. Lafuma A, Fagnani F, Vautravers P. Management and cost of care for low back pain in primary care settings in France. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65, 2:119-25.
5. Roques C. Aspects médico-économiques du handicap. *Bull Acad Natl Med* 1994 ; 178:1365-72 ; discussion 1372-3.
6. Bazin T, Allaert FA, Fuseiller A, Perles P. Etude du retentissement socio-économique de la poussée aiguë de lombalgie en pratique quotidienne de médecine générale. *Rhumatologie* 1997;49:281-6.
7. Chevallier J, Carter H, Vidal-Trécan G. La fréquence des lombalgies et des lomboradiculalgies en consultation libérale en France, leur coût en hospitalisation à l'Assistance Publique de Paris. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1998;55:751-4.
8. Borgès Da Silva Ge, Borgès Da Silva Gi, Fender P, Allemand H. Quelques repères médico-socio-économiques sur les lombalgies. *Concours Med* 2000;122(39 suppl):3-4.
9. Stoffel V. Radiculalgies crurales et sciatiques discales : bientôt au tableau des maladies professionnelles. *Rev Prat Med Gen* 1998;12,437:9-13.
10. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Lombosciatique commune. Sciatique vertébrale, stratégie diagnostique et thérapeutique. In : *Recommandations et références médicales*. Paris : Andem ; 1995:99-124. (www.anaes.fr)
11. Blotmann F, Treves R, Bannwarth B et al. Le traitement des lombalgies chroniques. *Rev Rhum Ed Fr* 1994 ; 61, 4bis : S51-64.
12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Recommandations. Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgies chroniques*. *Rev Prat Med Gen* 2002;16,562:171-6.
13. Lebrun T, Sailly JC. L'évaluation médico-économique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *Problèmes Economiques (Paris)* 1992; 2:15-21.
14. Dreiser RL. Evaluation des lombalgies. *Rev Rhum Ed Fr* 1994; 61, 4bis:S29-31
15. Dropsy R, Marty M. Indices de qualité de vie pour l'évaluation des lombalgies. *Rev Rhum Ed Fr* 1994;61, 4bis:S44-7.

16. Marty M, Blotman F, Avouac B, Rozenberg S, Valat JP. Validation of the French version of the Dallas Pain Questionnaire in chronic low back pain patients. *Rev Rhum Engl Ed* 1998;65,2:126-34.
17. Dupuis M. La fiabilité de l'examen clinique traditionnel pour l'évaluation fonctionnelle quantitative de la lombalgie. *J Readapt Med* 1991; 11,3:188-91.
18. Webster BS, Snook SH. The cost of compensable low back pain. *J Occup Med* 1990;32:13-5.
19. Darioli R. Les lombalgies chroniques : l'enjeu asséurologique. *Rev Med Suisse Romande* 1995;115:943-5.
20. Wolf N, von Törne I, Weber-Falkensammer H. Evaluation of ambulatory orthopedic-traumatologic rehabilitation by compensation insurance. A comparison with inpatient rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 1999;38(suppl 1):S44-51.
21. Karppinen J, Ohinmaa A, Malmivaara A et al. Cost effectiveness of periradicular infiltration for sciatica : subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Spine* 2001 1;26:2587-95.
22. Maller AD, Weinstein J. Cost-effectiveness of lumbar discectomy. *Spine* 1996;21(24 suppl):S69-74.
23. Carey TS, Garrett J, Jackman A, Mc Laughlin C, Fryer J, Smucker DR. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project. *N Engl J Med* 1995;333:913-7.
24. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract* 1997; 47:647-52.
25. Moffett JK, Torgerson D, Bell-Syer S et al. Randomized controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, cost and preferences. *BMJ* 1999;319:279-83.
26. Germanaud J, Bardet M, Dousset M. Conséquences socio-professionnelles des traitements radicaux de hernies discales chez les personnels hospitaliers. *Arch Mal Prof* 1994;55:257-60.
27. Valat JP, Goupille Ph, Rozenberg S, Urbinelli R, Allaert F. Indice prédictif de l'évolution chronique des lombalgies aiguës. Elaboration par l'étude d'une cohorte de 2 487 patients. *Rev Rhum Ed Fr* 2000;67:528-35.
28. Donceel P, Dubois M. Influence d'une politique active du médecin-conseil sur la réintégration professionnelle. Incapacité de travail après cure chirurgicale pour hernie discale lombaire. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:5-14.