

Incapacité de travail et lombalgie chronique : ses facteurs de pérennisation – Existe-t-il une solution pour réduire cette incapacité ?

Dr Agnès Lassalle

Senior medical officer,
Swiss Re Europe, Paris

Zusammenfassung

Die Erkrankungen, welche am häufigsten für Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität verantwortlich sind, sind in den meisten europäischen Ländern wohl die psychiatrischen Störungen, aber ebenso und vor allem die muskuloskeletalen Beschwerden, allen voran die chronischen Kreuzschmerzen. Diese haben ein solches Ausmass erzielt, dass sie zu einem echten Problem des Gesundheitswesens geworden sind. So wurde das Jahrzehnt 2000–2010 unter der Leitung der WHO offiziell zum «Jahrzehnt der Knochen und Gelenke» erklärt, sind doch nicht nur die menschlichen und sozialen Auswirkungen davon, sondern vor allem auch die medizinischen und finanziellen beträchtlich (1).

Im Verlaufe der letzten dreissig Jahre wurden zahlreiche Arbeiten und wissenschaftliche Studien in die Wege geleitet, um einerseits die chronische Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit chronischen Kreuzschmerzen zu ermitteln

und andererseits um zu versuchen, die Gründe hierfür abzuklären und zu verstehen. Aufgrund dieser Ermittlungen und Kriterien werden prädiktive Modelle erarbeitet sowie therapeutische Massnahmen und Vorgehen empfohlen.

Résumé

Les affections le plus souvent à l'origine d'une incapacité de travail ou d'une mise en invalidité sont dans la plupart des pays européens, certes les affections psychiatriques mais surtout les troubles musculo-squelettiques et notamment les lombalgies chroniques. Et ceci avec une telle ampleur qu'un véritable problème de santé publique s'est constitué. Ainsi sous l'égide même de l'OMS la décennie 2000–2010 était devenue officiellement la «décennie des os et des articulations» tellement le fléau non seulement humain et social mais surtout médical et financier est considérable (1).

Au cours des trente dernières années de très nombreux travaux et études scientifiques ont été réalisés tant pour évaluer l'incapacité chronique liée aux lombalgies chroniques qu'également pour tenter d'expliquer et de comprendre ses

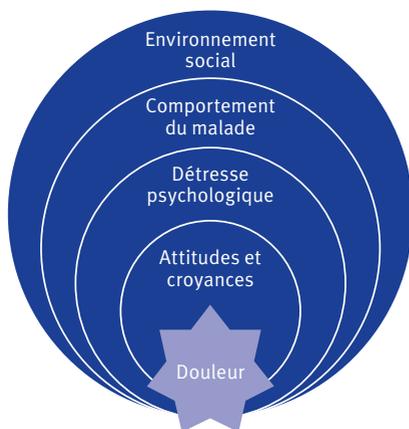
déterminants. A la lumière de ces évaluations et critères, des modèles prédictifs ont été élaborés, des mesures et conduites thérapeutiques sont préconisées.

La lombalgie chronique

Une lombalgie chronique est définie classiquement par la persistance de douleurs au-delà de 3 mois, localisées entre la 12^e côte et la partie inférieure de la fesse avec ou sans irradiations dans le membre inférieur. Son caractère non spécifique étant affirmé après exclusion d'une cause infectieuse, inflammatoire, tumorale ou structurale. Une lombalgie d'abord aiguë puis devenant chronique inclut donc les douleurs dorso-lombaires d'origine discale, musculaire, articulaire postérieure. Des travaux récents montrent que le passage à la chronicité se détermine en fait assez tôt entre la 6^e et 8^e semaine d'évolution d'une lombalgie aiguë commune (2). Il s'avère donc intéressant de comprendre le mécanisme de passage à la chronicité et d'identifier ses déterminants.

Tout d'abord on notera que dans la très grande majorité des cas la cause précise des douleurs ne peut être établie. Alors

que pendant de longues décennies le concept anatomo-clinique de son origine a été prôné, le Pr Waddell a été le premier à contester l'existence systématique d'une corrélation entre une lésion spécifique (par exemple, disque intervertébral, articulation articulaire postérieure) et la douleur. Remettant en cause le modèle cartésien qui voulait uniquement traiter la cause anatomique responsable de la douleur dans le but de supprimer l'incapacité éventuelle que cette dernière engendrait, le Pr Waddell a développé le concept bio-psycho-social basé sur la neurophysiologie de la douleur (3). Il a décrit 5 éléments consécutifs qui s'inscrivent dans l'expérience de la douleur : sa perception sensorielle, les attitudes et croyances à son égard, la détresse psychologique ressentie, le comportement du malade face à sa douleur et enfin les interactions sociales.



Grace à ce modèle le dépistage des patients à risque de chronicité a été facilité. Néanmoins ce concept est réducteur en ce sens qu'il insiste beaucoup sur la connotation psychologique. Il fait également abstraction du concept de kinésiophobie ou peur du mouvement lié à la douleur qui est, lui aussi, beaucoup générateur de comportements de réduction de l'usage du mouvement ou « évitement généralisé », inducteur d'invalidité que nous évoquerons ultérieurement.

Les facteurs de pérennisation

Depuis dans la littérature médicale de très nombreuses études ont été réalisées en vue d'identifier les facteurs de

risque et les critères de passage à la chronicité tant psychologiques que socio-professionnels dans le but de déterminer et d'étudier leur rôle dans la genèse de l'incapacité ou du non-retour au travail.

Comme facteurs de pérennisation d'une lombalgie chronique, selon la littérature médicale EBM avec un niveau de preuve fort ou intermédiaire les déterminants peuvent être des facteurs de nature individuelle ou clinique ou enfin professionnelle :

- Comme facteurs **individuels** ou **cliniques** on retrouve essentiellement un âge plus élevé, un antécédent personnel de lombalgie, la présence d'une sciatique, un niveau élevé d'incapacité fonctionnelle d'emblée, un antécédent de chirurgie lombaire, un statut psychologique médiocre avec dépression et surtout un faible niveau de résilience ou mauvaise capacité du patient à « faire face » ou « faire avec » (coping).
- Comme facteurs **professionnels** l'insatisfaction que ressent le malade dans son travail domine ainsi que le stress perçu; l'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle,

une inadéquation du salaire sont aussi des critères identifiés mais ayant un poids moindre. Enfin une mauvaise posture au travail et la durée du port de charge ($> \frac{3}{4}$ du temps de travail) peuvent également influencer le pronostic, mais de manière plus faible (4) (5).

L'auto-évaluation subjective globale par le patient de son propre travail représente donc l'élément le plus important à prendre en considération, chose que l'on a longtemps ignorée ou sous-estimée. Dans une autre étude il est aussi suggéré mais avec un faible niveau de significativité qu'une médiocre latitude décisionnelle dans l'exercice de sa profession, notamment chez la femme a une influence défavorable dans l'évolutivité de la lombalgie, surtout dans les douze premiers mois d'évolutivité (6).

Mais insistons aussi sur le rôle décisif et essentiel dans la pérennisation et l'instauration de l'invalidité que jouent l'incapacité de travail ainsi que la façon dont elle est appréhendée par le patient et les soignants. Si d'emblée un repos prolongé au lit est prescrit ou suivi, associé à une cessation des activités normales de la vie quotidienne voire une

cessation des activités professionnelles, un tableau complexe de déconditionnement va s'installer. D'abord physique avec perte de la force de l'endurance et de la capacité aérobie générale, atrophie des différentes fibres musculaires et diminution de la musculature des parois antérieure et postérieure du tronc, puis aussi psychique avec apparition de symptômes anxieux majorés par la désocialisation progressive avec perte de l'identité professionnelle. De même la réduction des activités de loisirs va impacter sur la qualité de vie du patient et va engendrer tristesse, anxiété supplémentaire ou même une symptomatologie dépressive.

Importance de la prise en charge

A la lumière de ces constatations, on en déduit que la prise en charge du lombalgie doit être précoce, précise et rassurante mais également multidisciplinaire si nécessaire. L'imagerie bien souvent inutile et nocive car éventuellement source d'anxiété ne doit être réservée qu'aux situations avec signes d'alerte et de gravité (7).

L'importance indéniable des facteurs psychosociaux renforce l'intérêt et la

prise en compte qui doit être accordée par les soignants aux réponses émotionnelles et comportementales à la douleur du patient. En effet il a été démontré par Vlaeyen et al. que le vécu de la douleur peut s'accompagner de pensées catastrophistes qui engendreront des attitudes d'évitement inappropriées avec déconditionnement physique, état dépressif qui lui-même majorera les douleurs, installera le patient dans un cercle vicieux et au final empêchera la réinsertion professionnelle (8). A contrario en l'absence de peur de la douleur, il n'y aura pas de frein à la reprise d'une activité physique et professionnelle.

Enfin pour corroborer tout ceci on peut citer l'étude hollandaise d'Anema et al. publiée en 2009 qui a fait une étude comparative à l'échelle internationale entre différents pays européens et américains compris (états du New Jersey et de Californie) (9). Dans ces différents pays globalement 2 systèmes d'assurance Invalidité radicalement différents existent à savoir, l'un offrant un accès large au versement d'indemnités compensatrices et peu de programme de réinsertion, l'autre misant préférentiellement sur la réhabilitation profession-

nelle avec délivrance moindre de prestations compensatrices. Dans cet article en particulier et dans bien d'autres de la littérature médicale récente, incontestablement il apparaît qu'une prise en charge biopsychosociale intensive avec programme de retour progressif et précoce à l'emploi offre des résultats excellents et réduit drastiquement la durée de l'incapacité de travail. Cette intervention qui doit être précoce semble être la mesure la plus efficace pour éviter une dépendance durable vis à vis des prestations; l'association d'une intervention personnalisée de réinsertion efficace intégrant dans le meilleur des cas l'assuré, l'assureur et également l'employeur avec accompagnement physique, ergonomique et social fournit des résultats excellents, à l'instar du modèle de Sherbrooke au Canada.

Comme les autorités sanitaires de certains pays n'ont pas encore mis en œuvre ou bien généralisé ces pratiques, il paraît évident que les opérateurs d'assurance privé sont en capacité d'agir pour éviter le processus de chronicisation et pourraient même devenir moteurs dans la réduction de l'incapacité de travail liée aux lombalgies chroniques.

En effet en favorisant auprès de leurs assurés les connaissances médicales relatives aux lombalgies chroniques, en effectuant la prévention de ses facteurs de risque, en contribuant au repérage d'assurés à risque de chronicisation et en jouant un rôle actif dans la prise en charge rapide biopsychosociale et multidisciplinaire de l'assuré lombalgique, une fois l'événement réalisé, l'assurance privé pourrait contribuer efficacement à réduire le poids de ce fléau.

Références

1. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millennium. OMS / BDJ report
2. Valat JP. Factors involved in progression to chronicity of mechanical low back pain. *Joint Bone Spine* 2005; 72: 193–5
3. Waddell G. Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillieres Clin Rheumatol*, 1992. 6
4. Fayad F, Lefevre-Colau MM, Poiraudéau S et al. Chronicité, récurrence et reprise du travail dans la lombalgie: facteurs communs de pronostic. *Ann Readapt Med Phys* 2004; 47:179–89
5. Truchon M, Côté D, Fillion L, Arsenault B, Dionne C. Low-back pain related disability: an integration of psychological risk factors into the stress process model *Pain*, vol 137 n°3, 2008; 564–573
6. Leroux I, Dionne CE, Bourbonnais R. Psychosocial job factors and the one-year evolution of back-related functional limitations. *Scan J Work Environ Health* 2004; 30 (1) 47–55
7. Carragee EJ MD Persistent low back pain. *N. Engl J Med* 2005; 352: 1891–1898; May 5, 2005
8. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000; 85: 317–32
9. Anema JR et col. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 419–426.