Zeitschrift: Fisio active

Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband

Band: 41 (2005)

Heft: 7

Artikel: Leçons à tirer de la prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques

Autor: Paillex, Roland

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929586

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Leçons à tirer de la prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques

Roland Paillex, Physiothérapeute-chef de service. Responsable ergothérapie-physiothérapie. CHUV Lausanne. Roland.Paillex@hospvd.ch.

Mots-clés:
Lombalgie chronique non spécifique, réhabilitation interdisciplinaire, CIF

La prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques est un enjeu pour les populations industrialisées. Les coûts en Suisse correspondraient à 1,7 pour-cent du PNB, soit 6,1 milliards de francs suisses. La lombalgie est fréquente, mais environ 16 pour-cent de ces situations deviendront chroniques et c'est cette évolution que nous devons limiter.

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est un modèle structurant pour organiser les prises en charge des lombalgies chroniques non spécifiques. Seule une approche interdisciplinaire, biopsychosociale, centrée sur l'ensemble du concept CIF a prouvé scientifiquement ses résultats en terme d'augmentation d'activités et de reprise professionnelle.

Pour répondre à cet enjeu de Santé Publique, les physiothérapeutes doivent intégrer les notions actuelles explicitant les échecs et les succès des prises en charge des lombalgies chroniques non spécifiques, pour pouvoir mettre sur pied des programmes gérés par des indépendants et apportant une solution originale et efficiente. Aujourd'hui le choix est devant nous, demain il peut disparaître.

ABSTRACT

The management of non specific chronic low back pain patients is a major goal for the industrialized populations. In Switzerland, the costs are estimate to 1,7 percent of the GNP or 6,1 billion swiss francs. Low back pain is frequent. About 16 percent of the cases become chronic, cases were limited with our interventions.

The international classification of the functioning, handicap and health (ICF) is a structuring model to organize non specific chronic low back pain management. Only an interdisciplinary biopsychosocial approach, in the respect of the ICF concept, has scientifically demonstrated benefits in terms of increase of activities and of return to work.

If physical therapists want to take part in the resolution of this health problematic, they must integrate the current notions explaining failures and successes of the management of non specific chronic low back pain patients. Independent therapists will be able to set up managed programs and coming up with original and efficient solutions. Today the choice is ours, tomorrow may be not.

INTRODUCTION

DÉFINITIONS

La lombalgie est définie comme une douleur, une tension musculaire ou une raideur localisée entre les deux flancs, sous les dernières côtes et au-dessus des plis fessiers. Ces signes peuvent être accompagnés d'une irradiation douloureuse vers les membres inférieurs, ne descendant pas au-dessous du genou [1]. Nous parlons d'une lombalgie chronique lorsque ces signes persistent pendant au moins douze semaines. Les lombalgies chroniques non spécifiques ne correspondent pas à une cause structurelle définissable. Les lombalgies spécifiques sont dues à des indicateurs, nommés «Red Flags» [2].

Red Flags:
- patient de moins de 20 ans et plus de 50 ans en général
- traumatisme violent, chute d'une hauteur, accident de la voie publique
- douleur constante, progressive et non mécanique
- douleur thoracique, non ostéo-articulaire
- carcinome, toxicologie grave, HIV
- perte pondérale, faiblesse généralisée
- restriction sévère et persistante de la flexion lombaire
- déformation osseuse ou articulaire
- autre atteinte neurologique
- lombosciatalgie ou lombocruralgie.

Coût de la santé

Les lombalgies chroniques non spécifiques représentent un enjeu important de santé publique dans les pays industrialisés. La lombalgie chronique est la deuxième cause de consultation chez les médecins après les problèmes cardio-respiratoires. C'est également la troisième maladie chronique en terme de dépenses de santé après les maladies cardiaques et les arthroses [3].

En Hollande, une étude a montré que le risque de lombalgie sur 12 mois pour une population active est de 44 pour-cent pour les hommes et de 48 pour-cent pour les femmes [4]. La durée des douleurs est de six semaines en général, mais 16 pour-cent des hommes et 18 pour-cent des femmes vont développer des lombalgies chroniques (> 12 semaines). Enfin le total des coûts des lombalgies est de 1,7 pour-cent du produit national brut hollandais, ce qui correspondrait en Suisse à 6,1 milliards de francs suisses (pour un PNB Suisse de 360 milliards). 93 pour-cent de ces coûts seraient indirects (pertes de salaires, rentes, dépenses sociales, etc.) et 7 pour-cent seraient directs (coûts médicaux et de prise en charge, etc.)

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la Santé (CIF)

Le but général de la CIF est de proposer un langage uniformisé et normalisé ainsi qu'un cadre pour la description des états de la santé et des états connexes de la santé. Il s'agit entre autres de compléter la classification internationale des maladies (CIM 10) par une classification du fonctionnement de l'individu dans son environnement et également d'avoir une approche globale «biopsychosociale» de la personne. Ces deux points sont capitaux dans la compréhension de la lombalgie chronique, qui n'est pas considérée comme une maladie, mais comme des symptômes et dont les conséquences biopsychosociales sont importantes. L'arrêt de travail définitif en est un exemple. La CIF décrite est explicitée par l'OMS *(fig. 1)* servira de support de présentation tout au long de cet article.

METHODE

FONCTIONS ORGANIQUES ET STRUCTURES ANATOMIQUES

Une prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques basées uniquement sur les déficiences a montré ses limites, décrites notamment dans le rapport de la Task force internationale de Paris [5]. Le signe clinique majeur avancé par le patient est la douleur. Notre première réaction est de fixer un objectif antalgique et de proposer une physiothérapie passive (cryo-thermothérapie, massage, ultrasons, etc.) mais Campello [6] a affirmé que cette approche antalgique passive était moins efficace que des activités et un programme d'exercices correctement planifiés. Cette approche antalgique passive seule est donc inadéquate.

Une autre déficience est le dysfonctionnement articulaire lombaire qui pourrait être à l'origine des disques intervertébraux bombés (protrusion discale) et explicité les douleurs chroniques. Or Bigos [2] et Waddell [7] ont montré que la thérapie manuelle pouvait être efficace dans les premières quatre semaines des lombalgies, mais pas après. La thérapie manuelle ne peut donc être une réponse à la lombalgie chronique (> 12 semaines). De plus, Wiesel [8] et Boden [9] ont affirmé que les disques bombés ne sont pas pathologiques.

Par ces deux exemples reposant sur des évidences scientifiques, prendre en charge un patient souffrant de lombalgie chronique non spécifique en raisonnant uniquement à partir des déficiences sera un échec programmé.

ACTIVITÉ

Une prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques basée uniquement sur les activités semble être plus adéquate qu'une approche par les déficiences, mais reste limitée. La prise en charge centrée sur les activités, a été décrite et évaluée par la Paris task force [5] qui propose les recommandations suivantes:

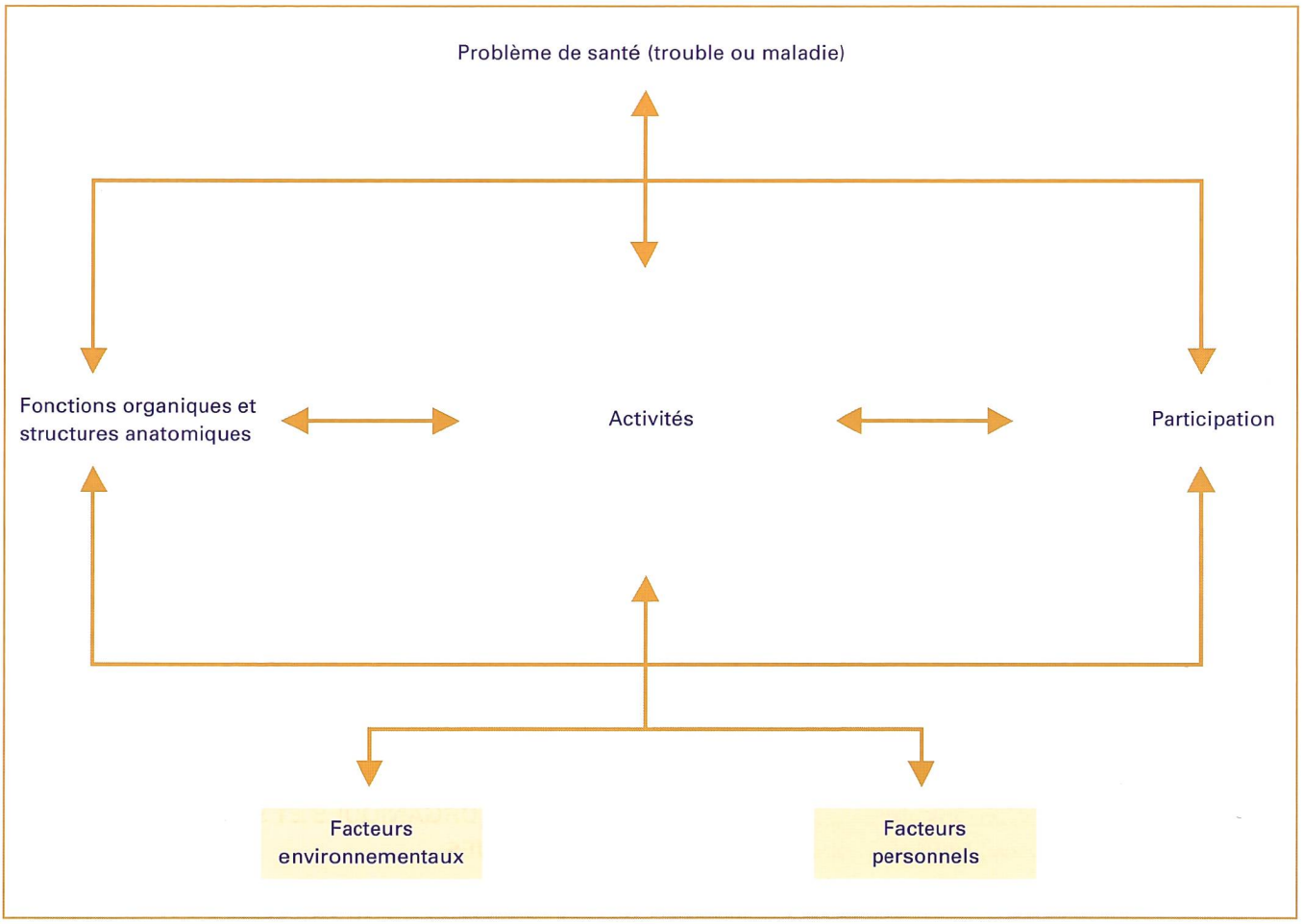

Fig. 1: Interaction entre les composantes de la CIF.

- Le repos au lit est contre-indiqué lors de lombalgie chronique non spécifique.
- Les patients doivent être fortement encouragés à maintenir ou reprendre leurs activités habituelles autant que leurs douleurs le permettent.

Une étude de Malmivaara [10] décrit une prise en charge basée sur un programme d'exercices à domicile pour retrouver rapidement un niveau d'activité adéquat. Cette étude comparative avec une prise en charge classique n'a pas montré de différence significative.
La majorité des auteurs s'accordent pour dire que la prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques doit tenir compte des activités. Mais pas uniquement, car le patient ne modifiera pas sa perception de la douleur et la relation douleur-activité amènera à l'échec de la prise en charge.

PARTICIPATION

Un problème majeur rencontré dans les lombalgies chroniques non spécifiques est l'arrêt de travail. Certaines prises en charge ont été conçues uniquement à partir de cet objectif. Un facteur de risque majeur de la chronicisation de la lombalgie est l'insatisfaction au travail [11] (avec un fort niveau de preuve scientifique). L'absence de poste aménagé, une faible qualification professionnelle, l'inadéquation du salaire sont des facteurs de risques de chronicisation avec un niveau intermédiaire de preuve scientifique. Une mauvaise posture au travail et la durée du port de charge sont des facteurs de risque de chronicisation avec également un niveau de preuve scientifique intermédiaire.
Une prise en charge des lombalgies chroniques purement ergonomique et ne s'intéressant qu'au poste de travail aura un impact limité sur la reprise de l'activité professionnelle du lombalgique.

APPROCHE GLOBALE, INTÉGRANT LES 3 NIVEAUX DE LA CIF

Les programmes de réhabilitation fonctionnelle du rachis décrits initialement par Tom Mayer [12] ont prouvé leur bien-fondé en terme de reprise de l'activité professionnelle et en terme d'efficience. Une récente «systematic Cochrane review» [13] le démontre également. Ces programmes durent au minimum trois semaines avec une centaine d'heures de réhabilitation, souvent en groupe et réunissant des objectifs d'amélioration de déficiences (souplesse, force, endurance cardio-respiratoire, etc.) d'activités (mobilité, activités de la vie quotidienne, activités sportives ou de loisirs, port de charge, etc.) et de participation (réentraînement en simulant le poste de travail, compréhension des assurances sociales, etc.). Les facteurs personnels sont également abordés, notamment les croyances par rapport aux lombalgies et la gestion des douleurs adéquates pour ne pas limiter les activités (coping). Les résultats de ce type de prise en charge globale ou biopsychosociale ou systémique ont démontré jusqu'à deux ans d'efficacité post interventions.

DISCUSSION

La prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques est complexe. D'après le rapport de la Paris task force [5] trois malentendus sont à l'origine des nombreux échecs.

Le 1er malentendu est que certaines activités, souvent professionnelles, sont considérées comme des facteurs de risque expliquant les lombalgies. Ce raisonnement renforce les patients dans la conviction qu'une reprise de travail augmentera les douleurs et qu'ils doivent stopper leurs activités professionnelles, car une réexposition aux éléments ayant déclenchés leurs lombalgies ne pourrait que les péjorer. Or nous savons aujourd'hui que l'activité professionnelle et surtout sa dimension physique, n'est qu'en très petite mesure un facteur de risque de chronicisation. En tant que physiothérapeute, notre position à ce sujet face au patient ne doit pas être ambiguë. Nos messages, doivent permettre au patient de changer sa représentation naïve de cause à effet entre son activité professionnelle et sa lombalgie. Si le patient n'est pas clairement coaché, il ne fera pas ce cheminement seul.

Le 2ème malentendu vient de l'association que beaucoup de personnes font entre sciatalgie et lombalgie. L'être humain, dans son raisonnement rationnel, cherche à comprendre une logique aisée de ses douleurs. Il se raccroche aux éléments qu'il considère comme objectif tels que les CT-Scans ou IRM qui parlent de disques intervertébraux protrusifs. Même si ces clichés sont normaux, le patient fera un lien direct entre disque protrusif et douleurs irradiées et n'acceptera pas que les neurochirurgiens refusent de l'opérer en étant persuadé qu'il n'est pas pris au sérieux. Or une lombosciatalgie sur hernie discale et une lombalgie chronique non spécifique n'ont aujourd'hui aucun lien décrit. Ce sont deux types de situations que nous devons clairement différencier. Nous devons donc éviter d'utiliser un langage ou des expressions qui renforceront l'amalgame fait par les patients.

Le 3ème malentendu est l'approche habituelle des patients douloureux. Par souci de respecter les douleurs des patients, les thérapeutes gardent en tête une relation possible entre douleur et incapacité et se retrouvent forcés à parler de repos pour soulager cette douleur. Tous les thérapeutes doivent différencier douleur aiguë et chronique. Waddell [7] nous l'explique très bien: «les douleurs lombaires aiguë et chronique ne sont pas seulement différentes dans le temps, mais fondamentalement différentes dans le genre. Une douleur aiguë s'explique franchement dans la relation entre la lésion tissulaire et la stimulation nociceptive périphérique provoquée. Une douleur aiguë provoque de l'anxiété et également des réactions émotionnelles ou affectives. Une douleur chronique devient progressivement un syndrome totalement différent de la douleur aiguë. La douleur chronique et l'incapacité deviennent disproportionnées par rapport au problème physique original. La douleur chronique engendre une réaction de «catastrophisme» entre la douleur et l'activité professionnelle provoquant ainsi une détresse psychologique, des symptômes dépressifs et un échec complet de l'adaptation à une invalidité chronique. Une approche médicale de l'origine de la douleur n'apporte aucun résultat, une approche purement psychologique non plus.

Par ces explications et les résultats des recherches contrôlées et randomisées actuelles, la prise en charge des lombalgies chroniques non spécifiques n'a de succès que si elle intègre les trois piliers de la CIF, ainsi que les facteurs personnels et environnementaux. Les modèles proposés et évalués aujourd'hui sont des programmes d'au moins 3 semaines, multidisciplinaire (ergothérapeute, psychologue, physiothérapeute et médecin) et organisés en groupe avec comme objectif d'augmenter le niveau d'activités malgré les douleurs et de favoriser un retour au travail dès la fin du programme de réhabilitation. Si les arrêts de travail concernant les lombalgies totalisent six mois depuis deux ans, les chances de succès deviennent tellement minces que l'investissement n'en vaut presque plus la peine.

Dans notre système de Santé Suisse actuel, six mois de chronicité est vite arrivé. En général le premier arrêt de travail est prescrit par le médecin généraliste, et il peut durer jusqu'à six semaines, ce qui est le temps reconnu pour que la plupart des lombalgies guérissent. Puis n'observant toujours pas de reprise d'activité, le médecin généraliste enverra le patient chez un spécialiste (neurologue, rhumatologue, neurochirurgien) avec des délais d'attente que nous connaissons. Le tout est ponctué par des examens radiographiques retardant encore la décision de proposer une réhabilitation fonctionnelle interdisciplinaire au patient. Aujourd'hui, les délais pour rentrer dans ce type de groupes sont importants (les offres sont trop petites par rapport au nombre de patients en voie de chronicisation) et l'on se reproche d'un échec programmé.

Je suis persuadé que les physiothérapeutes indépendants peuvent avoir une place dans ces prises en charge et une place de choix. Un accord et des échanges riches entre des cabinets de psychologues, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes pourraient être une réponse. Je pense que des solutions originales et respectant l'approche evidence-based-therapy pourraient être une réponse simple, peu coûteuse et efficace, pour éviter que des lombalgies sub-aiguës (4 à 12 semaines de douleurs) deviennent chroniques.

CONCLUSION

Le succès des prises en charge des lombalgies chroniques non spécifiques est un enjeu important pour les sociétés industrialisées. Les coûts indirects engendrés sont tellement importants que nous devons trouver une réponse la plus efficace possible. Une approche médicale et paramédicale classique de l'origine de la douleur, centrée sur les déficiences, n'apporte aucun résultat. Une approche basée uniquement sur les activités ou sur la participation non plus. Une approche psychologique basée uniquement sur les facteurs personnels est également vouée à l'échec. Seule une approche interdisciplinaire biopsychosociale centrée sur l'ensemble du concept CIF a prouvé scientifiquement ses résultats en terme d'augmentation d'activités et de reprise professionnelle.

Les physiothérapeutes indépendants doivent faire preuve de leadership pour construire des programmes de réhabilitation respectant l'approche evidence-based therapy avec d'autres partenaires comme les ergothérapeutes et les psychologues. Si les physiothérapeutes ne prennent pas cette place, d'autres professionnels le feront. Je citerai par exemple les maîtres d'éducation sportive formés aux activités physiques adaptées fortement sensibilisés au domaine de la prévention secondaire. Aujourd'hui, ce choix nous est offert, demain la place risque d'être prise.

RÉFÉRENCES

1. *CLINICAL EVIDENCE* (2003). BMJ Publishing group: 1245–1276.
2. Anonymous, Acute low back problems in adults: assessment and treatment. Agency for Health Care Policy and Research. Clinical Practice Guideline – Quick Reference Guide for Clinicians, (14): p. iii–iv.
3. *HAGEN EM, ERIKSEN HR, URSIN H* (2000). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? Spine, 25 (15): p. 1973–6.
4. *KOOPMA FS et al.* (2004). Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: a prospective cohort study. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 83 (2): p. 94–103.
5. *ABENHAIM L et al.* (2004). The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine, 25 (4 Suppl): p. 1S–33S.
6. *CAMPELLO M, NORDIN M, WEISER S* (1996). Physical exercise and low back pain. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 6 (2): p. 63–72.
7. *WADDEL G* (1996). Prevention of low back disability. Bulletin of the Hospital for Joint Diseases, 55 (4): p. 221–4.
8. *WIESEL SW, FEFFER HL, ROTHMAN RH* (1984). Industrial low-back pain. A prospective evaluation of a standardized diagnostic and treatment protocol. Spine, 9 (2): p. 199–203.
9. *BODEN SD, WIESEL SH* (1990). Lumbosacral segmental motion in normal individuals. Have we been measuring instability properly? [erratum appears in Spine 1991 Jul; 16 (7): 855]. Spine, 15 (6): p. 571–6.
10. *MALMIVAARA A, ARO T* (1995). The treatment of acute low back pain-bed rest, exercise therapy or ordinary activity? Duodecim, 111 (22): p. 2101–2.
11. *FAYED F et al.* (2004). Chronicity, recurrence, and return to work in low back pain: common prognostic factors. Annales de Readaptation et de Medecine Physique, 47 (4): p. 179–89.
12. *MAYER TG et al.* (1987). A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. Erratum appears in JAMA 1988 Jan 8; 259 (2): 220]. JAMA, 258 (13): p. 1763–7.
13. *SCHONSTEIN E et al.* (2003). Physical conditioning programs for workers with back and neck pain: a cochrane systematic review. Spine, 28 (19): p. E391–5.