

Le mal de dos : toujours une énigme en 2001

Aif L NACHEMSON*, Egon JONSSON**

*MD, PHD, Professeur - Chirurgie Orthopédique, Université de Göteborg,
Suède et Georgetown University, Washington DC, USA

**PHD, Professeur - The Swedish Council on Technology,
Assessment in Health Care (SBU), Stockholm, Suède

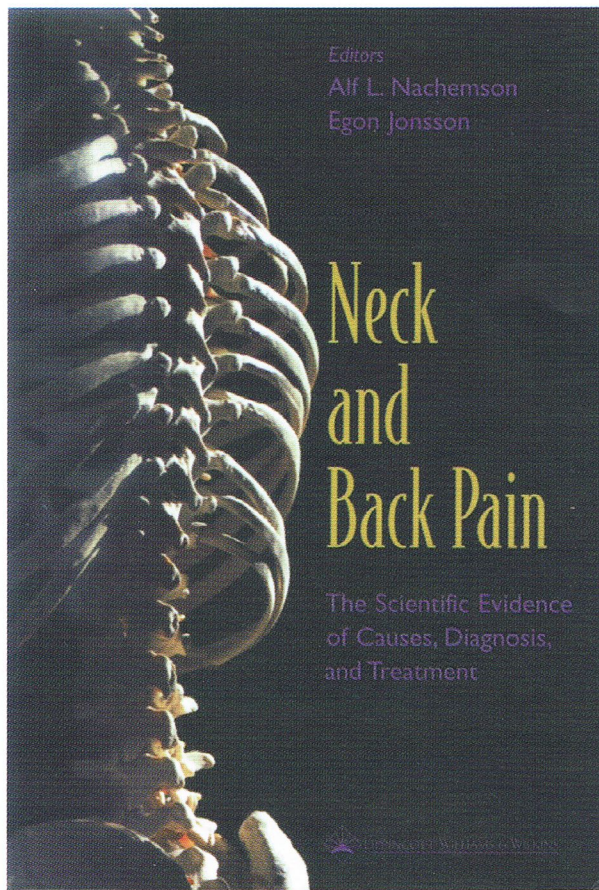


Données de base

La douleur est le signal que quelque chose ne fonctionne pas. Indépendamment de sa localisation, elle impose des investigations pour confirmer ou éliminer une cause spécifique ou une anomalie sérieuse. Une telle anomalie ne peut être trouvée que chez 5 % de nos patients. Bien que les douleurs de dos ou de cou touchent la plupart des gens à une période quelconque de leur vie, elles sont rarement le signe d'une maladie sérieuse. Chez quelques individus, les effets sont plus sévères et plus fréquents, mais la plupart en ressentent des effets atténués et seulement occasionnels. Très peu de gens ressentent une douleur constante et persistante, même si des rechutes surviennent chez 50 % des patients.

Objectifs

Les travaux de recherche expliquent rarement d'où proviennent les douleurs



de dos ou de cou, pourquoi elles surviennent et combien de temps elles vont durer, c'est-à-dire si elles sont aiguës ou temporaires ou si elles vont devenir un problème chronique. La douleur peut provenir de facteurs différents mais peut être associés. Les relations qui unissent ces facteurs restent inconnues. Les avancées en biologie moléculaire et dans la connaissance du génome humain, avec leurs conséquences possibles sur notre compréhension de la douleur et du processus de vieillissement, ne concernent que peu les structures vertébrales. Une nouvelle décennie de recherche dans ces domaines apportera très certainement de nouvelles solutions. Les rapports des premières études expérimentales sont maintenant disponibles.

L'énigme du mal de dos ne l'est pourtant pas autant que cela, cependant, si l'on considère les possibilités de traiter ou au moins d'améliorer les symptômes. Des traitements sont disponibles, qui peuvent efficacement soulager la plupart des gens mêmes ceux qui souffrent depuis longtemps.

De nombreuses études ont recherché si les facteurs liés à l'individu, tels le sexe, l'âge, la taille, le poids, les modifications anatomiques vertébrales et les habitudes tabagiques se corrèlaient d'une façon ou d'une autre avec les douleurs de dos. Les données actuellement disponibles ne révèlent aucun facteur de risque spécifique individuel. La plupart de ces études ne trouvent aucune différence en matière de risque de mal de dos, ni entre les hommes et femmes, ni parmi les individus de tailles ou de poids différents, etc. La seule exception serait la sciatique par hernie discale, une affection qui apparaît plus

fréquemment entre 40 et 45 ans ; mais, à nouveau, il s'agit d'un cas particulier au sein de la population globale des gens qui souffrent du dos.

Les tâches physiques lourdes et un mauvais environnement de travail sont souvent cités comme cause du mal de dos. Beaucoup d'études retrouvent également une association entre les douleurs de dos et les tâches de soulèvement ou les positions de travail dans lesquelles le dos est penché ou pivote de façon répétitive et prolongée. Ceci inclut aussi les véhicules où l'on est secoué, tels les tracteurs, les camions ou les chariots élévateurs. Concernant les problèmes cervicaux, il a été trouvé une association avec des travaux répétitifs et monotones et des positions de travail fixes. Les problèmes lombaires et cervicaux sont aussi à un degré égal associés à un mauvais état psychologique dans la

vie personnelle et professionnelle, incluant l'absence de satisfaction au travail et de soutien de la part des collègues ⁽¹⁾.

Les douleurs cervicales ou lombaires peuvent influencer les capacités fonctionnelles et être à l'origine de tracas, d'anxiété et de dépression. Il est connu depuis longtemps que ceci peut, en retour, amplifier la perception de la douleur, mais c'est seulement récemment que les facteurs psychologiques ont été considérés comme partie prenante dans l'enchaînement des faits menant à la chronicité. Nous avons de bonnes preuves que les facteurs psychologiques influencent le développement et la persistance de douleurs aiguës et chroniques cervicales et lombaires. Ces douleurs surviennent du fait que l'état mental, les sentiments et le comportement sont partiellement dépendants de facteurs tels que la charge de travail, l'exigence des horaires, un travail monotone, une faible maîtrise des situations, un mauvais soutien de ses proches, la douleur perçue, le stress, les tracas et l'anxiété.

Malgré la démonstration du rôle important de ces facteurs, il n'y a eu que peu d'études qui ont évalué des interventions préventives contre les douleurs de dos. Les études qui ont été menées dans ce

domaine ont été principalement centrées sur d'étroites mesures préventives telles les méthodes ergonomiques, l'exercice physique, la formation à l'anatomie du dos, différents procédés d'aide

pour la colonne lombaire et des interventions pour modifier les habitudes tabagiques, le surpoids et certains facteurs psychologiques. Les résultats de ces études sont décourageants en ce sens que la plupart des mesures préventives étudiées ont fait la

Une cause spécifique ou une anomalie sérieuse ne peut être trouvée que dans 5% des cas de douleur vertébrale.

preuve de leur inefficacité. Ceci inclut également les écoles du dos. La seule exception est l'exercice physique ou l'entraînement modéré et régulier pour lesquelles plusieurs études montrent quelque efficacité, en particulier en ce qui concerne l'influence sur la sévérité des rechutes.

Il y a beaucoup de méthodes différentes pour traiter les douleurs de cou et de dos. Naturellement, il est important pour le soigneur comme pour le soigné de savoir quelles méthodes marchent et quelles méthodes ont fait la preuve de leur inefficacité dans des études scientifiques. Peu de méthodes ont été étudiées scientifiquement en termes d'effet sur le patient. Cet article présente ce que nous savons et ce que nous ne savons pas au sujet des effets de différentes méthodes de traitements, en se fondant sur des études comparatives retrouvées dans la littérature scientifique internationale.

Méthode

À la fin des années 80, le conseil suédois d'évaluation de la technologie dans les soins de santé («SBU») a été à l'origine d'un projet sur le diagnostic et le traitement des douleurs de dos. Le rapport final, publié en 1991, fut bien reçu⁽²⁾. Depuis, le nombre d'articles scientifiques sur le mal de dos a considérablement augmenté. Par exemple, quand le rapport fut publié, il identifiait 6000 études, dont environ 100 étaient randomisées et contrôlées. À ce jour, environ 25 000 études sur les douleurs de dos et de cou ont été identifiées, dont environ 1000 sont randomisées et/ou contrôlées. Des méthodes de recherche et de classification de la littérature

scientifique et des méthodes d'évaluation des preuves présentées ont aussi été développées et se sont améliorées substantiellement durant la décennie précédente⁽³⁾.

Méthodes d'évaluation de la littérature scientifique

Beaucoup d'études disponibles n'apportent que des descriptions, des perspectives et des opinions au sujet des causes du problème et discutent de ce qui peut être fait en termes de traitement, de soulagement et de rééducation. D'autres études présentent des données provenant de travaux comparatifs sur les résultats de différents traitements.

Le groupe qui relisait cette littérature a sélectionné environ 2000 études considérées comme apportant des preuves scientifiques relativement fortes sur les différentes questions liées au mal de dos. Chacun des chapitres du rapport décrit comment la littérature a été sélectionnée pour ce chapitre.

Dans la plupart des chapitres thérapeutiques, les études sélectionnées étaient limitées à celles qui étaient randomisées et contrôlées, c'est-à-dire celles où les patients tiraient au sort leur traitement, pour analyser quel traitement marchait et, parmi ceux qui marchaient, lequel donnait les meilleurs résultats. Cette méthodologie est la plus fiable pour évaluer les résultats d'un traitement, même si elle n'est pas complètement objective et si elle peut quelque peu limiter les conclusions.

Toutes les études qui utilisent cette méthodologie, cependant, n'ont pas la même force scientifique. Ainsi, chaque étude se voyait accorder une note en fonction de la force des preuves scientifiques qu'elle apportait. Ceci fut fait aussi objectivement que possible, avec l'aide de différents protocoles pour noter la qualité des évaluations scientifiques. Cependant, ce ne fut pas possible partout, en raison des déficiences de la littérature à suivre exactement les mêmes procédures pour noter les preuves des études. De façon générale cependant, les études furent classées en catégories qui reflétaient : A) une forte preuve scientifique, B) une preuve modérée, C) une preuve, D) aucune preuve scientifique.

Les études classées dans la catégorie A offrent des preuves scientifiques fortes qu'un traitement particulier a de bons effets ou, au contraire, que ce traitement est dépourvu d'effet, grâce à des études randomisées et contrôlées. Le même type de remarque s'applique aux études des catégories B et C, qui signifient que des preuves modérées ou limitées sont disponibles pour montrer

l'efficacité ou l'inefficacité d'un traitement particulier. Finalement, l'inclusion dans la catégorie D signifie qu'il n'existe pas d'étude disponible qui soit au niveau des standards requis. Ainsi, à partir de cet effort mené en collaboration, nous avons suivi les règles de la médecine fondée sur des preuves.

Résultats

Dans ce texte, un résumé des résultats de notre étude de la littérature est présenté.

Il existe de bonnes preuves scientifiques que les facteurs psychologiques jouent un rôle dans le développement des douleurs aiguës ou chroniques.

A ce jour, environ 25 000 études sur les douleurs de dos et de cou ont été publiées, dont environ 1 000 sont randomisées et/ou contrôlées.

Évaluation des douleurs de cou et de dos

L'anamnèse et un examen clinique complet constituent de bonnes bases pour le diagnostic du mal de dos, selon beaucoup d'études de la catégorie B. De plus, beaucoup d'études montrent que l'implication du soignant et sa capacité à écouter les questions du patient, non seulement au sujet de la douleur et de sa localisation, mais aussi au sujet de ses conséquences et de la manière de l'assumer, sont essentielles à un diagnostic correct. Parallèlement à l'anamnèse et à l'examen clinique, l'écoute et le dialogue permettent au patient et au soignant de trouver ensemble le meilleur traitement. C'est également suffisant pour identifier les rares cas qui doivent être adressés à un spécialiste pour de nouvelles investigations, lorsqu'une cause spécifique sérieuse peut être responsable de la douleur.

Si la douleur persiste au-delà de 3 à 4 semaines, de nouvelles investigations doivent être menées, en utilisant l'un des questionnaires validés qui sont disponibles, et qui sont à même d'identifier des problèmes importants, par exemple l'environnement au travail ou la situation psychologique en général (B).

L'examen radiologique standard guide rarement le diagnostic, excepté dans les cas où un traumatisme spécifique ou une maladie sérieuse est suspecté. En règle, le scanner et l'IRM ne permettent pas d'identifier d'où vient la douleur, excepté chez les patients où une maladie spécifique est en cause. Une hernie discale comprimant une racine nerveuse peut être à l'origine d'une sciatique sévère. Cette affection peut être visualisée et confirmée par le scanner ou l'imagerie magnétique dont l'utilité est

reconnue lorsqu'il existe une bonne corrélation entre les symptômes cliniques de l'atteinte radiculaire et les découvertes d'imagerie (A).

L'avantage du scanner est que cette procédure n'est pas invasive de plus, l'IRM élimine l'exposition aux radiations. Cependant, associé à ce type d'investigation, existe un risque de faux positif. Ce risque substantiel concerne les hernies discales, la dégénérescence discale et le rétrécissement du canal vertébral et foraminaux, qui apparaissent chez environ 40 à 50 % des individus asymptomatiques.

Seules des preuves limitées sont disponibles pour de nombreuses méthodes diagnostiques et leurs bénéfiques (C). Ceci s'applique à la mesure de l'amplitude de mouvements, de la force et de la condition musculaire, aux blocs articulaires postérieurs ou radiculaires, à la spectrométrie, la discographie, l'électromyographie ou les études neurophysiologiques qui, ainsi qu'aux mesures radiographiques de mouvements segmentaires et des diamètres canaux vertébraux. En réalité, il n'y a que des preuves limitées (C) que certaines de ces méthodes sont dépourvues de tout intérêt.

Des preuves modérées (B) suggèrent que la thermographie et les ultrasons n'apportent pas d'information pour le diagnostic.

Le traitement conservateur de la lombalgie aiguë et chronique

On désigne par traitement conservateur toutes les méthodes thérapeutiques non chirurgicales, y compris les traitements psychologiques, discutés

séparément ci-dessous. Les traitements conservateurs incluent les médicaments, l'acupuncture, les infiltrations de divers types, les exercices du dos, les écoles du dos, les traitements manuels, les manipulations, les méthodes physiques, les tractions, les corsets, les TENS (stimulation nerveuse électrique transcutanée), les traitements comportementaux, les traitements multidisciplinaires, le rétrocontrôle, le repos et l'activation. Dans l'en-cart, un résumé présente une vue générale des résultats de ces différentes méthodes thérapeutiques. Ici, les seules conclusions que nous présentons sur les traitements conservateurs sont celles qui sont soutenues par des preuves fortes (A). Il faut cependant noter que les méthodes thérapeutiques du niveau B bénéficient également d'une relativement bonne documentation scientifique.

Pour les lombalgies aiguës et subaiguës (0 à trois mois), il y a de fortes preuves (A) que :

- continuer les activités habituelles permet une guérison plus rapide et moins de complications chroniques fonctionnelles

- les médicaments anti-inflammatoires et les myorelaxants apportent un soulagement réel de la douleur dans les formes non compliquées et aiguës de lombalgies (cependant, ces médicaments ont parfois des effets secondaires)

- le repos n'est pas un traitement efficace de la lombalgie aiguë

- les exercices comprenant des flexions, des tractions, de la gymnastique aérobie et des étirements ne sont pas un traitement efficace de la lombalgie aiguë.

Pour les lombalgies chroniques (plus de trois mois), il y a de fortes preuves (A) que :

— les traitements manuels et les manipulations, l'entraînement du dos et les traitements multidisciplinaires sont efficaces pour soulager la douleur

— les traitements intensifs dans des centres de rééducation réduisent la douleur à court terme pour les patients les plus âgés (plus de 60 ans) souffrant de problèmes lombaires chroniques.

Le traitement conservateur de la cervicalgie aiguë et chronique

Les méthodes conventionnelles de traitements qui sont normalement utilisées pour traiter les douleurs de cou sont largement similaires à celles que l'on utilise pour les problèmes lombaires. Les méthodes thérapeutiques que nous avons revues incluent les médicaments, l'entraînement physique, le traitement manuel, le massage, les exercices corporels, l'entraînement musculaire, l'application de chaleur, le conseil ergonomique, les tractions, l'acupuncture, les TENS, les traitements électromagnétiques, les aimants, l'éducation du patient, les thérapeutiques comportementales, les injections cortisoniques et les traitements utilisant des colliers cervicaux, des infrarouges, des ultrasons, du laser, des sprays réfrigérants et des étirements. Dans ce domaine, il n'y a que peu d'études dont la qualité scientifique est satisfaisante. Pour résumer, nous ne disposons que de preuves modérées ou limitées pour montrer que l'une de ces méthodes est efficace dans le traitement des douleurs cervicales aiguës ou chroniques. Cependant, il y a de fortes preuves pour démontrer que l'acupuncture n'est pas une méthode efficace pour traiter les douleurs chroniques (A).

Traitement chirurgical

Lorsque l'on évalue les résultats du traitement chirurgical, il devient essentiel de peser les risques et les bénéfices de l'intervention.

Lombalgies

La chirurgie lombaire comprend habituellement le traitement des hernies discales chez les patients souffrant de sciatique, dont le but est de réduire la pression et l'irritation chimique sur une racine nerveuse douloureuse et le traitement de la dégénérescence discale, qui est un syndrome banal lié à l'âge, dans lequel la chirurgie est utilisée pour réduire la pression et/ou pour stabiliser des vertèbres grâce à l'arthrodèse.

De nombreuses méthodes chirurgicales sont utilisées pour traiter les hernies discales. Il en est ainsi de l'utilisation de lasers, de microscopes, ou de la chirurgie non invasive. Il n'y a pas de preuves pour montrer que ces méthodes chirurgicales peuvent afficher de meilleurs résultats ou moins de complications que la chirurgie conventionnelle (C).

Les études qui ont été revues recèlent de nombreux biais méthodologiques, et tout particulièrement les études concernant la chirurgie du disque dégénératif dont l'évaluation des résultats est souvent fondée sur des estimations superficielles soit par les chirurgiens eux-mêmes, soit par les patients qui ont subi cette chirurgie.

Il n'y a que peu de preuves sur les résultats de la chirurgie de la hernie discale, mais il y a des preuves fortes et indirectes de son efficacité. Les études randomisées qui ont été relues montrent qu'elle est plus efficace que la chimionucléolyse (A), qui, à son tour, affiche une plus grande efficacité que le placebo (A). La chimionucléolyse est un traitement alternatif à la chirurgie qui consiste à utiliser une enzyme (la chimopapaïne) pour dissoudre chimiquement le nucleus du disque. Les résultats de la chirurgie après échec de la chimionucléolyse sont

cependant inférieurs à ceux de la chirurgie de première intention (C). On dispose de plusieurs méthodes d'arthrodèse pour traiter les discopathies dégénératives ou la sténose vertébrale, mais

il y a aucun consensus sur la définition et l'importance de l'instabilité vertébrale. À ce jour, il n'existe pas d'études randomisées et contrôlées qui compare l'efficacité de l'arthrodèse à celle d'un traitement conventionnel, d'un placebo, ou de l'évolution

naturelle de la discopathie dégénérative. Il n'y a pas de preuves scientifiques du résultat de cette chirurgie (D). D'un autre côté, il y a maintenant des preuves fortes (A) que l'ajout de différents implants sur le ou les niveaux fusionnés n'améliore pas les résultats cliniques. Les résultats de l'étude randomisée suédoise semblent confirmer ce fait. De plus, cette étude met aussi en évidence un certain bénéfice de l'arthrodèse par rapport au traitement physique non spécifique permanent (4).

Cervicalgies

Les études qui ont été revues concernaient le traitement chirurgical de la douleur chronique suite aux traumatismes cervicaux par va-et-vient, aux hernies discales ou à l'arthrose cervicale. Nous n'avons trouvé qu'une étude randomisée et contrôlée sur la chirurgie pour arthrose cervicale avec ou sans hernie discale. Cette étude ne montrait pas d'avantage à la chirurgie (B). En ce qui concerne les traumatismes cervicaux par va-et-vient, il n'y a pas de preuves que la chirurgie soit supérieure au traitement conservateur.

Traitement psychologique

Les méthodes de traitement psychologique sont utilisées en complément

d'autres traitements et sont souvent incluses dans des programmes thérapeutiques multidimensionnels, de plus en plus courants. La thérapie cognitive comportementale est centrée sur la prise en charge des problèmes, sentiments, pensées et comportements que la douleur et l'incapacité fonctionnelle peuvent entraîner.

De nombreuses études randomisées et contrôlées se sont intéressées à ces traitements cognitifs comportementaux. Bien qu'il soit difficile d'évaluer leur impact spécifique dans des programmes multidimensionnels, les études montrent que ces programmes obtiennent de meilleurs résultats que d'autres types de traitement chez les patients avec des cervicalgies chroniques (A). Ceci s'applique tout particulièrement aux effets sur l'anxiété, la fonction physique et le recours médicamenteux.

Influence des facteurs sociaux

Les facteurs sociaux qui ont été revus comprennent : le rôle de la culture et de la famille ; l'influence du chômage sur les conséquences de la douleur, son intensité et sa durée ; le rôle de l'accès aux différentes allocations et à la retraite anticipée ainsi qu'à leur valeur pécuniaire ; à l'importance des relations avec les collègues de travail et le degré de satisfaction au travail dans un tel contexte. En addition, certaines formes particulières de systèmes d'assurance semblent influencer les résultats thérapeutiques et l'incapacité.

Les douleurs de cou et de dos surviennent dans toutes les sociétés, mais les groupes culturels diffèrent dans leur perception des symptômes. Il y a des preuves limitées (C) qui montrent que les facteurs génétiques ne jouent pas de rôle dans la survenue des douleurs vertébrales, à l'exception possible de la dégénérescence et de la hernie discale.

Beaucoup d'études montrent que de mauvaises conditions sociales sont corrélées avec un mauvais état de santé et des douleurs de dos. Si l'on considère ce problème en tant que facteur de risque pour le chômage et la mise en retraite anticipée, de nombreuses études montrent clairement des résultats conflictuels, sans relation claire de cause à effet. Il apparaît surtout que l'âge, les facteurs psychologiques et l'accès aux assurances interviennent de façon importante dans ce contexte.

Plusieurs études montrent que la douleur cervicale et lombaire ne constitue pas toujours un problème clinique isolé mais est souvent associée à d'autres douleurs, maladies, symptômes liés au stress et à des problèmes liés au travail ou la condition sociale. Il n'y a pas de preuve que des facteurs psychosociaux négatifs, tels que l'absence de satisfaction retirée de son travail, ou de mauvaises relations avec les autres soient associés avec une augmentation de l'incidence des douleurs de cou et de dos. À l'heure actuelle, il n'y a aucun mécanisme biologique confirmé qui pourrait expliquer comment des facteurs psychosociaux seraient à l'origine de douleurs de dos, pas plus qu'il n'existe de preuve d'une relation causale directe.

En résumé, de nombreux travaux montrent l'influence des facteurs sociaux sur le mal de dos et l'impact qu'ils peuvent avoir sur la douleur, l'incapacité fonctionnelle, l'absentéisme et la mise en retraite anticipée. Certains de ces facteurs semblent puissants et, au moins dans certaines situations, peuvent avoir un impact plus fort encore que les problèmes physiques sur le dos ou sur le cou.

Aspects économiques

Les coûts socio-économiques liés aux problèmes de dos en Suède en 1995 étaient de 29,4 milliards de couronnes suédoises. La grande majorité de cette

somme, 27 milliards de couronnes, était liée aux arrêts de travail et à la mise en retraite anticipée à cause de douleurs vertébrales. La somme restante, 2,4 milliards de couronnes, représentait les coûts directs des services de santé, y compris les consultations médicales, les tests diagnostiques, les médicaments, la chirurgie, l'hospitalisation, etc.

Ces coûts directs ont augmenté de 35% entre 1987 et 1995. La majeure partie de cette augmentation est due à un doublement des coûts de physiothérapie entre ces deux dates. À prix constant, ils sont passés de 435 en 1987 à 950 millions de couronnes en 1995. Il y a une tendance similaire dans toutes les sociétés industrialisées, avec cependant quelques différences entre les coûts indirects (assurances) et directs (traitement).

Des études sur le rapport qualité prix de différents traitements ont été revues lors de la rédaction de ce rapport. Elles concernaient les programmes préventifs, tels que la physiothérapie, l'éducation, les écoles du dos, l'adaptation sur le lieu de travail, l'activation précoce, les manipulations, les exercices physiques et différentes modalités chirurgicales. Ce travail de révision montre qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions fiables sur le rapport qualité prix de quelque méthode thérapeutique que ce soit.

Rôle des soins primaires

De nombreux rapports publiés, dans différents pays, ont donné naissance à des guides de soins («guidelines») de la douleur vertébrale. Ces guides se sont focalisés sur les soins primaires. Les études actuellement disponibles montrent que les interventions effectuées dans le cadre de ces soins primaires sont les seules dont la plupart des rachialgiques ont réellement besoin. Elles montrent également que la tâche la plus importante du médecin généra-

liste est de ne pas intervenir sans nécessité. Soumettre un patient à des examens et des traitements inutiles l'expose au risque de voir sa douleur devenir plus chronique.

La consultation elle-même offre une occasion majeure d'avoir une influence sur la douleur et sur l'évolution à plus long terme. Un aspect essentiel de cette consultation est l'implication du soignant et sa capacité à travailler et à écouter les plaintes de son patient, et tout particulièrement celles qui concernent l'impact de la douleur sur sa vie quotidienne. Il est important pour le pronostic que le médecin et son patient arrivent à une compréhension commune de la nature et de l'évolution de la douleur, et ceci dépend d'une bonne relation médecin malade.

Conclusions

1) Lombalgies et cervicalgies sont fréquentes. Les lombalgies touchent jusqu'à 80 % des gens à un moment quelconque de leur vie, et les cervicalgies jusqu'à 50 %. Chez l'écrasante majorité de ces patients, la douleur n'est pas le signal d'une maladie grave et n'impose pas que le patient renonce à ses activités quotidiennes. Bien au contraire, les études scientifiques montrent que la guérison est accélérée s'il reste actif, retourne au travail et fait des exercices adaptés.

2) Une anamnèse et un examen clinique complets sont importants pour diminuer l'anxiété du patient vis-à-vis de sa douleur. Ils suffisent à repérer ceux qui doivent être adressés à un autre spécialiste pour examen et traitement (infection sévère, maladie rhumatismale, suspicion de cancer ou d'autre maladie grave).

3) Pour la plupart des douleurs de dos, les soins primaires sont les seuls nécessaires. L'attitude du médecin, sa capaci-

té à écouter son patient et à exprimer de l'empathie sont importantes pour arriver avec lui à une compréhension commune des stratégies thérapeutiques efficaces. Ceci est également important pour l'évolution et la compliance du patient à son traitement.

4) Le mal de dos et ses conséquences ne sont pas des problèmes physiques isolés mais sont souvent associés à d'autres facteurs sociaux, psychologiques et sur le lieu travail. Ces facteurs, tels le stress, les tracas et l'anxiété, en même temps que la propre perception du patient et sa capacité à assumer le problème, peuvent avoir un impact décisif sur le passage à la chronicité. Le rôle évident de ces facteurs psychosociaux suggère de les considérer comme une composante du mal de dos, à la fois en ce qui concerne la prévention lors de la prise en charge initiale et plus tard, lors de la rééducation.

5) Nos connaissances sur la prévention du mal de dos ne sont pas réellement lacunaires, mais il est surprenant de noter qu'elles n'ont été évaluées que de façon très partielle. Ce que l'on sait actuellement devrait être évalué plus scientifiquement.

6) Les sommes importantes qui ont été investies à l'échelon local, régional et national dans la prévention et l'éducation pour les problèmes de dos, y compris les interventions sur le lieu travail, doivent être soumises à une évaluation systématique de leur utilité. La recherche sporadique sur la prévention la rééducation du dos devrait également être évaluée en termes d'adaptation et de qualité scientifique.

7) De nombreuses méthodes thérapeutiques sont actuellement utilisées mais il y a peu de preuves scientifiques de leur utilité. Certains traitements sont utilisés malgré les preuves scientifiques de leur absence d'intérêt. Leur remboursement par des fonds publics devrait être étudié de plus près.

8) Nous devons nous concentrer sur la douleur elle-même et sur la souffrance humaine qu'elle entraîne. De plus, le mal de dos a un énorme impact économique sur l'individu et la société. Au moins en Suède, les coûts des soins de santé et ceux provenant des arrêts de travail et des mises à la retraite anticipée à cause de problèmes de dos atteignent des montants annuels trois fois plus élevés que les sommes destinées à la prise en charge du cancer. En contrepartie, il est remarquable de constater que la recherche sur le mal de dos, et tout particulièrement dans le domaine de la prévention, du soulagement de la douleur et de la rééducation, apparaît relativement limitée. Les organismes qui ont la responsabilité de s'occuper des problèmes de dos devraient prendre des initiatives pour stimuler cette recherche et la focaliser sur ce domaine puis disséminer l'information actuellement disponible, c'est-à-dire appliquer le principe de la médecine fondée sur des preuves au mal de dos. ●

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Hoogendoorn WE, van Poppel MNM, Bongers PM, Koes BV, Bouter LM. Systematic Review of Psychosocial Factors at Work and Private Life as Risk Factors for Back Pain. *Spine* 2000;25:2114-2125.
- 2- Nachemson A. Ont i ryggen - orsaker, diagnostik och behandling (in Swedish). Stockholm SBU 1991.
- 3- Neck and Back Pain. The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis and Treatment. Alf Nachemson, Egon Jonsson, eds. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA, 2000, 544 pages. ISBN 0-7817-2760-X.
- 4- Fritzell P et al. Lumbar Fusion vs. Nonsurgical Treatment for Chronic Low Back Pain. A Multicenter Randomized Controlled Trial from the Swedish Lumbar Spine Study Group. Volvo Award winner in Clinical Science 2001. Accepted *Spine* 2001