

Aspects socio-économiques

Introduction

Les rachialgies professionnelles constituent, pour les économistes, un domaine à la fois beaucoup et encore mal exploré beaucoup, dans la mesure où de nombreux articles traitent de ce thème, dans la littérature; mal, car les définitions, les terrains d'investigation, les méthodologies, et, donc, les données, sont extrêmement hétérogènes en ce domaine, comme sans doute dans nombre d'autres en santé.

Or, l'économiste est, là comme ailleurs, tributaire des éléments apportés, de façon constitutive, par d'autres sciences la médecine, l'épidémiologie et la psychosociologie notamment.

Notre travail a consisté à rassembler et analyser la littérature de nature économique existant sur ce thème, en sachant qu'elle fait plus souvent référence, en France comme à l'étranger, au “ mal de dos ” qu'aux rachialgies.

Le rapport de ce travail est articulé en trois parties tout d'abord, nous présentons la démarche économique au regard de la question qui nous est posée; ensuite, et selon le même fil directeur qu'en première partie, nous synthétisons les enseignements de la littérature coût des atteintes en France et à l'étranger, conséquences socio-économiques de celles-ci, analyse économique (de type coûts/résultats) d'actions préventives des rachialgies professionnelles. Dans une troisième partie, nous prenons du recul par rapport à cet ensemble d'informations et faisons quelques recommandations notamment au regard d'actions de prévention et de recherches à mettre en œuvre là où les données manquent.

Démarche économique appliquée aux actions de santé

Le lecteur qui souhaite approfondir cette partie trouvera un complément d'informations dans les références bibliographiques [1-5].

Deux types de démarche peuvent être envisagés pour traiter des aspects économiques des rachialgies professionnelles l'appréciation des coûts et des conséquences engendrés par cette atteinte; la mesure du “ rendement ” d'actions de santé.

Appréciation des coûts et des conséquences

L'évaluation du coût d'une maladie n'est pas chose aisée [51]. Tout d'abord, elle suppose que cette maladie soit clairement identifiée aux plans épidémiologique et médical, de telle sorte que l'on soit assuré d'attribuer correctement à l'atteinte considérée, les coûts et les conséquences que l'on aurait repérés dans une population donnée ou dans des sous-groupes issus de cette dernière (par exemple travailleurs, travailleurs manuels, travailleurs âgés...).

À supposer que cette question soit résolue, les conséquences d'une pathologie engendrent des coûts de trois ordres

- des coûts médicaux directs en termes de recours aux soins (consultations-visites, hospitalisations, médicaments, examens complémentaires, soins infirmiers, de kinésithérapie, de psychothérapie ...). À ce recours ainsi défini, on ajouterait volontiers celui à des services tiers, de type social ou sanitaire, permettant à la personne atteinte de poursuivre la réalisation des actes nécessaires à la vie courante aide-soignante, aide-ménagère, garde-malade, tierce personne;
- des coûts appelés habituellement indirects et tangibles il s'agit des arrêts de travail en lien avec la maladie. Ces arrêts sont pour partie à la charge des organismes de protection sociale - indemnités journalières -(dans ce cas, on peut les ajouter aux coûts médicaux directs remboursés pour obtenir ce qui est à la charge de la Sécurité Sociale, des mutuelles et assurances de santé), pour partie à la charge des entreprises, pour partie enfin directement répercutés sur les individus atteints;
- des coûts dits indirects intangibles parce que très difficiles à mesurer, attachés aux conséquences psychologiques et en termes de bien-être et de qualité de vie (douleur, inconfort, stress, “ pretium doloris ” ...) imputables à l'atteinte. Dans le domaine des rachialgies, on pense au sujet exclu du marché du travail, classé en incapacité ou mal reconnu, dans son atteinte, par son entourage familial et professionnel, souffrant et finissant par se “ déconditionner ” ou s'exclure. Ces conséquences ont aussi des retentissements en termes de recours aux soins et services (coûts directs, notamment médicaux), d'arrêts du travail et de mise en incapacité (coûts indirects tangibles), enfin de “ coûts ” indirects et intangibles au sens défini ci-dessus.

Mesure du “ rendement ”

Le second type de démarche, qui relève plus directement de l'approche économique consistant notamment à analyser l'allocation optimale de ressources rares, vise à mesurer “ le rendement ” d'actions de santé [1-4].

Dans le domaine qui nous occupe, il s'agit en l'occurrence d'actions de prévention pour un investissement réalisé dans la prévention des rachialgies, quel est le résultat (le rendement ou retour sur investissement) de cette action ?

Dans les analyses de rendement, on distingue ainsi

- l'analyse coût-efficacité qui calcule le coût d'une action de santé par “ unité d'efficacité ” gagnée (par exemple une crise de rachialgie évitée, un patient remis au travail, une personne de moins atteinte par le “ mal de dos ”) grâce à cette action;
- l'analyse coût/utilité de la même nature que la précédente, elle pondère l'efficacité par la qualité de vie. Un patient remis au travail, mais qui souffre, représente un résultat moindre, en termes de santé, qu'un patient remis en activité sans séquelles douloureuses;
- l'analyse coût/bénéfice permet de rapprocher les coûts engendrés par une action de santé des bénéfices retirés de cette dernière, bénéfices que l'on parviendrait à traduire en francs ou encore à monétariser. Bien évidemment, les bénéfices les plus facilement “ valorisables ” à ce titre sont ceux qui peuvent aisément se traduire en “ coûts évités ”. Par exemple, à une action de prévention donnée qui représentera un coût pour les organismes de protection sociale, correspondront des coûts évités en termes de recours aux soins, d'arrêts de travail, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle ... parce que cette action diminuera le nombre d'épisodes de rachialgies ou de personnes qui en souffriront.

La limite de cette approche est qu'elle privilégie, dans les bénéfices, ceux qui sont directement monétarisables (bénéfices financiers), notamment pour les organismes de protection sociale.

Présentation des résultats de quelques études

Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité en exposant ces résultats. Certains sont rapportés à titre plutôt illustratif. Nous les avons organisés au regard de trois rubriques le coût du “ mal de dos ” à l'étranger et en France; les conséquences socio-économiques et socio-professionnelles des rachialgies; quelques travaux d'évaluation coûts-avantages d'actions de prévention.

Coût du « mal de dos »

On dispose à ce jour de peu de travaux réalisés, pour la plupart dans le cadre américain, pour apprécier le coût du « mal de dos ». Ces quelques études mettent néanmoins en évidence l'importance des coûts engendrés par cette pathologie ainsi que la concentration importante de ceux-ci auprès d'une minorité d'individus.

COÛT DU « MAL DE DOS » À L'ÉTRANGER

Frymoyer et coll. [6] actualisent les résultats de Grazier (1984) et évaluent à 24 milliards de dollars, en 1990, les coûts directs médicaux du « mal de dos » aux États-Unis. Quant aux coûts indirects (pertes de salaire et de production), s'ils ne sont pas estimés avec précision, Frymoyer et coll. [6] considèrent toutefois, à la suite d'autres auteurs, qu'ils pourraient représenter trois ou quatre fois le montant des coûts directs.

Webster et coll. [7] étudient le coût que représentent les lombalgies pour un organisme d'assurance aux États-Unis. Sur un échantillon de près de 100 000 demandes de remboursement pour lombalgie, les auteurs calculent respectivement des coûts médian et moyen de 391 et 6 807 dollars (1989), suggérant ainsi une forte concentration des coûts auprès d'une minorité d'individus. Ils constatent aussi une grande variabilité des coûts inter-états, variabilité que peuvent notamment expliquer les différences en termes de législation et d'activité économique entre les états.

Spengler et coll. [8] abordent le coût du « mal de dos » selon une optique différente; ils se placent en effet dans le cadre d'une entreprise de grande taille (Boeing) pour mener une étude de nature rétrospective. Si les problèmes dorsaux ne représentent que 19 % de l'ensemble des déclarations d'accidents du travail au sein de l'entreprise, ils comptent pour 41 % dans le coût total de ces déclarations. En effet, les plaintes relatives au « mal de dos » représentent un coût trois fois supérieur à celui des autres plaintes. Ce coût est par ailleurs fortement concentré, puisque 10 % des plaintes représentent 79 % du coût.

Enfin, Abenhaim et coll. [9] étudient le coût du « mal de dos » professionnel auprès d'un échantillon de 2 500 cas issus du fonds de compensation des travailleurs du Québec. Ils montrent que 74 % des cas concernent une absence au travail inférieure à un mois et ne représentent que 7 à 8 % des coûts médicaux et d'indemnisation. À l'inverse, 7,4 % des cas concernent des absences au travail supérieures à 6 mois qui engendrent près de 75 % de ces mêmes coûts.

Ces différents travaux, réalisés selon des perspectives différentes (pour la société, pour les assurances, pour l'entreprise), soulignent l'importance aux plans financier et économique du « mal de dos », et l'extrême concentration des coûts ainsi calculés. La variabilité inter-états (et, a fortiori, interpays) et l'existence de systèmes de santé différents rendent impossible

l'extrapolation de ces résultats au cas français. Le coût du “ mal de dos ” en France, tel qu'on peut l'évaluer sur la base de la contribution de Lacronique [10], fait l'objet du point suivant.

COÛT DU “ MAL DE DOS ” EN FRANCE

Nous avons emprunté au Professeur Lacronique l'ensemble des éléments synthétisés ci-après. Lors des Assises du “ mal de dos ”, il a en effet procédé à un exposé décrivant “ *une sorte de toile de fond épidémiologique et économique ... sur une entité clinique* ”, à savoir “ le mal de dos ” [10]. L'auteur indique lui-même que ses ambitions sont modestes, dans la mesure où il a eu recours à des informations éparses et hétérogènes pour développer son propos. Toutefois, l'objectif est bien de montrer, pour le cas français qui nous occupe, l'importance ainsi que l'ampleur des conséquences impliquées par cette atteinte (entité clinique). Lacronique recourt bien entendu à diverses sources de données et à différents auteurs. Ce travail, même s'il présente des limites, est toutefois la seule synthèse dont nous disposions à ce jour, en ce domaine.

Tout d'abord, il convient de mentionner que, contrairement à ce qu'il est possible de réaliser dans d'autres pays en matière de mesure du coût direct des maladies, en France, hors accidents du travail, la catégorie ou l'entité “ lombalgie ” n'existe pas en tant que telle.

Dès lors, à partir de diverses données non homogénéisables, on repère ci-après, les conséquences et les coûts liés au “ mal de dos ” en France

- en se fondant sur la morbidité déclarée, on peut faire référence à l'enquête menée chaque année en automne par le CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de Vie) et qui consiste à demander à un échantillon représentatif de la population adulte française, s'il a souffert, au cours des quatre dernières semaines, de maux de tête, de “ mal de dos ”, de nervosité, d'état dépressif ou d'insomnies. On note, à l'automne 1990, que 47 % des Français déclarent avoir eu mal au dos (35 % déclarent avoir eu mal à la tête). Cette place de premier plan dans les douleurs ressenties est aussi remarquablement constante depuis 12 ans, indique Lacronique [10], mais le CREDOC observe que la prévalence de ces douleurs a brutalement augmenté, puisqu'elle n'était que de 30 % dans les années 1978 à 1980. Or, les conditions d'enquête sont les mêmes depuis leur début.

Ceci traduit-il l'état de la situation économique ou, en tout cas, sa perception, une sorte de “ mal de vivre ” (on dit d'ailleurs, de façon imagée, “ en avoir plein le dos ”), les femmes en souffrant plus que les hommes (53 % d'entre elles), ainsi que les personnes de plus de 60 ans (54,6 %) ?

De la même manière, la dernière enquête décennale sur la santé des Français et la consommation de soins médicaux (1991-1992) INSEE-CREDES met, elle aussi, en évidence - à partir d'un dispositif de recueil des données

très systématique - une forte progression des maladies ostéo-articulaires déparées par les ménages enquêtés (7 701 ménages correspondant à 20 247 personnes) par rapport à la précédente enquête de 1980. La prévalence des maladies ostéo-articulaires passe ainsi de 24,6 % à 30,8 %. Pour les statisticiens de l'INSEE, cette progression est d'autant plus remarquable qu'elle est entièrement attribuable à l'augmentation des déclarations de pathologies rachidiennes lombalgies, sciatiques, lumbagos...

- en termes de morbidité diagnostiquée, l'enquête décennale de 1980-1981 répertorie tous les épisodes ayant nécessité un recours aux soins. Au regard de la classification internationale des maladies (CIM-OMS à 5 chiffres), on note que les maladies du squelette et du tissu conjonctif, seule entité qui se rapproche du " mal de dos " dans cette classification, représentent 7,9 % des épisodes morbides (sexes masculin 7,3 %; sexe féminin 8,3 %), plaçant ces atteintes au quatrième rang de la morbidité diagnostiquée après les maladies de l'appareil respiratoire (17,9 %), de l'appareil circulatoire (11,9 %), et du système digestif (9 %); des résultats analogues sont rapportés dans la dernière enquête du CREDES sur la clientèle et les motifs de recours en médecine libérale (1992) 13 % des consultations de généralistes ont pour motif principal une affection ostéo-articulaires, ce qui représente près de 18 millions de consultations en 1992t (on mesure ici l'hétérogénéité des entités étudiées). Ceci place les affections ostéo-articulaires au troisième rang des motifs de recours au médecin généraliste, après les maladies cardiovasculaires (34 %) et les affections ORL (19 %).

Le " mal de dos ", dans ses différentes manifestations, peut être pris en charge par deux régimes d'assurance l'assurance accident du travail et l'assurance maladie. Pour ce qui est de l'assurance accident du travail, on notera que les lombalgies sont à l'origine de 110 000 accidents du travail avec arrêt d'activité, soit 13 % des 830 000 accidents recensés au cours d'une année. Les arrêts de travail correspondants sont longs 33 jours en moyenne, soit 3,6 millions de journées perdues (14 % des journées de travail perdues, suite à un accident du travail). Neuf mille de ces 110 000 accidents laissent des séquelles. On situe à environ 3,5 milliards de francs le coût total annuel des lombalgies au travail dont 2/3 au titre de l'incapacité temporaire et 1/3 au titre de l'incapacité permanente.

En définitive, Lacronique [10] propose, à partir de quelques estimations grossières, une évaluation du coût annuel global (1990), en termes de

1. Pour un total extrapolé de 213 millions de consultations de généralistes en 1992, tous motifs confondus. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux calculés par MARTY [11], qui évaluait à 5,2 millions le nombre de consultations motivées par les lombalgies chez les généralistes.

recours aux soins, du “ mal de dos ” en France. Le tableau 4-I résume ces estimations qui aboutissent à un chiffre global de coûts médicaux directs liés au “ mal de dos ”, de l'ordre de 9 milliards de FF en 1990².

Tableau 4-1 - Coûts médicaux directs du “ mal de dos ” en France en 1990 exprimés en milliards de francs

Consultations et visites	1,0
Médicaments	2,7
Actes techniques et paramédicaux(*)	2,0
Actes de radiodiagnostic	0,7
Transports sanitaires	0,2
Hospitalisation pour pathologie rachidienne non traumatique	2,3
Total des coût médicaux direct	8,9

(*) rééducation du rachis, tractions vertébrales, rééducation fonctionnelle, soins infirmiers.

Ces chiffres, même s'ils constituent des estimations, ont le mérite de nous montrer l'ampleur des conséquences, notamment économiques, du “ mal de dos ”. De plus il est à noter que dans le tableau 4-I seuls les coûts médicaux directs sont indiqués, sans tenir compte des arrêts de travail, pertes de production, diminutions de productivité, liés à ces atteintes, y compris dans leurs dimensions d'altération de la qualité de vie et du bien-être.

Toutefois, bien plus que l'importance de ces chiffres, c'est l'usage des sommes ainsi dépensées qui est déterminant la prise en charge des lombalgiques est-elle satisfaisante en France ?

Dans un travail non publié, le Professeur Treves établit dans une fourchette de 4 000 F à 20 000 F le coût d'exploration (examens complémentaires) d'un malade lombalgique selon les techniques employées. La question demeure du caractère optimal de l'utilisation des ressources ainsi employées et, notamment, de leur affectation privilégiée à des stratégies de prévention, de diagnostic ou de soins. C'est ce que nous discuterons dans la troisième partie (p. 105).

Concernant les conséquences socio-économiques et socio-professionnelles des rachialgies, ainsi que les évaluations de type coûts/avantages menées dans ce champ, nous avons choisi d'exposer quelques études qui nous ont semblé particulièrement illustratives, plutôt qu'un bilan général de l'ensemble de ces études.

2. On rappelle qu'en 1990, la consommation médicale des Français s'établit à 538 milliards de francs, soit 9,1% du P.I.B., 9 337 francs par Français et 14 % de sa consommation générale de biens et services.

Conséquences socio-économiques et socio-professionnelles

Nous prenons appui sur deux études réalisées en France.

La première a été menée par Troussier et coll. [12], au sein du personnel hospitalier du CHU de Grenoble; l'objectif était triple analyser l'incidence des lombalgies dans les accidents du travail au CHU (car de nombreuses études ont à ce jour montré que le personnel hospitalier constitue un groupe professionnel à risque de lombalgie); déterminer les facteurs pronostiques de la lombalgie; en analyser les conséquences socio-professionnelles et économiques. À cette fin, les auteurs ont mis en place, au cours de l'année 1989, une enquête de type transversal et rétrospectif auprès de l'ensemble du personnel.

On observe les résultats suivants

- une incidence annuelle moyenne des lombalgies de l'ordre de 1,9 % avec des différences sensibles selon la catégorie professionnelle (de 1,3 % chez les agents des services hospitaliers et techniques à 5,5 % chez les manipulateurs);
- la manutention constitue le mode de déclenchement de l'accident du travail le plus fréquent (manutention de malades dans 59 % des cas, manutention de charges pour 21 %), le poids des charges à manipuler étant, pour 44 % des lombalgiques, supérieur à 1 500 kilos par jour;
- la plupart des personnes accidentées pour lombalgie n'interrompent peu ou pas leur activité. Toutefois, 12 % des individus ont un arrêt de travail compris entre 60 et 300 jours;
- 3 à 10 mois après l'accident du travail, 63 % des agents présentent toujours un état lombalgique.

La seconde étude [13] a pour cadre EDF-GDF. Il s'agit d'une enquête transversale réalisée en 1987 et 1988 sur les accidents lombalgiques déclarés à EDF-GDF, à partir d'un questionnaire proposé par le médecin du travail. Dans cette enquête, 97 % des sujets lombalgiques sont de sexe masculin. L'incidence annuelle des lombalgies est estimée à 0,4 % chez les hommes (chez les femmes, elle est de 0,09 %). Les accidents lombalgiques concernent pour 71 % des cas des salariés âgés de moins de 40 ans. Il s'agit essentiellement de salariés affectés à la manutention et au travail aérien, voire de personnes soumises à de nombreux déplacements. Pour 42 % des lombalgiques, l'arrêt de travail excède 10 jours. En termes de conséquences socio-professionnelles, on observe que 33 % des sujets sont à présent en aptitude limitée, tandis que 3,4 % ont obtenu une mutation.

Quelques travaux d'évaluation coûts-avantages

De nombreuses tentatives d'évaluation médico-économique des stratégies de prévention ou de traitement des lombalgies se développent à présent, malgré les difficultés inhérentes à la mise en place de ce type d'approche dans ce champ particulier (cf. p. 105).

Ainsi, pour ne citer que deux exemples, Bel et coll. [14] analysent l'influence, sur les coûts de traitement, de l'implantation d'un neurostimulateur chez des individus gravement atteints; Mitchell et coll. [15] déterminent, quant à eux, le ratio coût-efficacité du port d'une ceinture au sein d'une population à risque.

Pour illustrer la démarche méthodologique, nous prendrons appui sur une étude réalisée par Brown et coll. [16] et nous en présenterons les principaux résultats.

Brown et coll. [16] s'intéressent au ratio coût-efficacité d'une école de dos pour les employés municipaux. Leur travail est fondé sur la comparaison de deux groupes d'individus, l'un participant à l'école du dos, l'autre faisant office de groupe-témoin. Cette étude pose le problème de la " comparabilité " des deux groupes au regard de critères tels que l'âge, le sexe, le niveau scolaire, l'ancienneté dans l'emploi.

Deux questions préoccupent plus particulièrement les auteurs

- Existe-t-il une différence significative en termes de perte de temps de travail, de coût du temps de travail perdu, de coûts médicaux et du nombre d'accidents dorsaux, entre les deux groupes ?
- Au sein du groupe participant à l'école du dos, existe-t-il une différence significative en termes de perte de temps de travail, de coût du temps de travail perdu, de coûts médicaux et du nombre d'accidents dorsaux, avant et après l'école du dos ?

Les résultats sont les suivants

- Avant la mise en place de l'école du dos, les deux groupes diffèrent significativement au niveau du temps de travail perdu et de son coût (supérieurs dans le groupe école du dos). De plus, une analyse de covariance montre que les deux groupes diffèrent également, de façon significative, sur le nombre de blessures dorsales (moins de blessures dans le groupe école du dos) ($p = 0,001$).
- Après l'école du dos, on observe une diminution significative de toutes les mesures dans le groupe participant à l'école du dos ($p = 0,001$), alors qu'il n'y a pas de variations significatives dans le groupe-témoin.

Une telle approche, fondée sur la détermination de ratios coûts-avantages, peut également s'appliquer aux initiatives menées en France dans le cadre du traitement des lombalgies chroniques, comme celle mise en place au Centre L'Espoir (Lille-Hellemmes) [17].

L'Espoir est un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles spécialisé qui, afin de lutter contre le syndrome de déconditionnement décrit par Mayer et coll. [18], propose un programme de restauration fonctionnelle du rachis dans le traitement des lombalgies chroniques pour lesquelles toutes les autres méthodes, médicales et chirurgicales, sont sans effet. Ce programme, étalé sur une hospitalisation de cinq semaines, fait appel à l'isocinétisme et aux acquisitions de la médecine du sport appliquées à la rééducation. Il nécessite des tests d'évaluation fréquents.

À ce jour, 55 patients lombalgiques chroniques ont bénéficié de cette méthode. On note non seulement une amélioration physique, mais aussi un retour précoce et durable au travail, le plus souvent d'ailleurs sans aménagement du poste. Ces résultats sont maintenus après un recul de plus d'un an.

Pour l'économiste, l'évaluation d'une telle expérience met en évidence les difficultés auxquelles on se heurte lorsque l'on souhaite mettre en oeuvre une " analyse de rendement " (de type coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice) dans le champ des rachialgies

- absence d'un groupe-témoin présentant, au début de l'étude, les mêmes caractéristiques socio-démographiques et médicales que le groupe traité. Dans ce cas, l'analyse à mener consiste, le plus souvent, à comparer, chez les individus sous étude, l'évolution avant traitement et après traitement pour chacun d'entre eux;
- impossibilité de comparer les résultats avec ceux issus d'autres initiatives, dans la mesure où le profil des patients, ainsi que la caractérisation de l'atteinte, son ampleur ou son degré de sévérité, varient d'une expérimentation à l'autre;
- nombre de cas réduit;
- recul temporel et suivi des patients souvent insuffisants pour évaluer correctement la pratique.

Bilan, perspectives, recommandations

Nous tentons, dans cette troisième partie, de prendre quelque recul au regard de ce que nous venons d'exposer, en vue de fournir des éléments de bilan, perspectives, recommandations en ce qui concerne les rachialgies professionnelles et leurs conséquences économiques. Nous nous plaçons du point de vue de l'économiste

- les données épidémiologiques permettant de définir précisément la population concernées³, sont malaisées à rassembler

3. Ce qui est nécessaire pour évaluer, au plan économique, l'ampleur de l'atteinte " rachialgie " et ses conséquences en termes de recours aux soins, d'arrêts de travail et d'incapacité.

- Quels sont les signes objectifs de l'atteinte, repérables pour la détecter et, donc, en évaluer l'ampleur ?

- Quel est le risque attribuable au travail ?

- Comment définir les cas incidents ?

• Pourtant, l'atteinte rachialgique est

- fréquente;

- coûteuse on n'évoque pas seulement les coûts de prise en charge tels qu'ils sont répertoriés dans les études présentées ci-dessus, mais également les coûts des nombreux recours aux soins et examens entraînés par des diagnostics difficiles, une prise en charge nécessitant de tenir compte de nombreux facteurs, des atteintes récidivantes et, le cas échéant, une errance médicale, aux plans diagnostique et thérapeutique, susceptible d'entraîner, de façon latente et peu connue, des dépenses de soins substantielles;

- entraîne des séquelles et des conséquences qui peuvent être lourdes;

- susceptible de faire l'objet d'actions de prévention, qu'elles soient primaires (empêchant la rachialgie au travail de survenir), secondaires (la détectant, le cas échéant, et la prenant en charge) ou tertiaire (en limitant les conséquences - cf. le programme de restauration fonctionnelle du rachis dont nous avons exposé brièvement les résultats [16] -). Au regard de cet ensemble de critères, il s'agit clairement d'un problème de santé publique.

• Les facteurs psychologiques et socio-économiques influent sur la survenue, le dépistage et la prise en charge de ces atteintes.

• Toutefois, on a de grandes difficultés à évaluer ces stratégies de prévention et de prise en charge. On ne dispose pas, comme dans le cas de l'évaluation des nouvelles molécules, par exemple, d'une méthodologie autorisant une comparaison aisée des stratégies entre elles. En effet, dans les travaux et les expériences repérés

- les cas pris en charge ne sont pas comparables au niveau des profils médical et démographique des patients;

- les diagnostics sont divers, les sévérités également;

- on dispose rarement de groupes-contrôle ou appariés;

- le nombre de cas analysés doit être assez élevé compte tenu de la multiplicité des facteurs susceptibles de jouer sur le phénomène "rachialgies";

- il faut respecter un certain recul par rapport aux actions pour apprécier leur impact à moyen terme, en ce qui concerne leurs résultats (remise en activité, suppression de la douleur et suppression des rechutes ...). On dispose rarement de ce recul dans les études fournies.

En conclusion du point de vue des économistes :

- nous sommes persuadés d'avoir affaire à une pathologie lourde et coûteuse, diffuse dans la population et, à ce titre, mal reconnue, mal repérée, difficile à prévenir et à prendre en charge correctement;
- comme, toutefois, elle touche une part importante de la population, notamment parmi celle en activité, toute action préventive bien conduite est susceptible, de notre point de vue, de présenter un bon rapport coûts/avantages. Le bilan financier de cette action peut, à ce titre, être positif pour la collectivité;
- ceci suppose que nous ayons à notre disposition un moyen d'évaluer ces stratégies dans leur mise en œuvre (objectifs, méthodes, résultats, suivi et évaluation), les ressources qu'elles engagent et le rapport de ces dernières avec les résultats effectivement obtenus.

Le problème reste en effet celui d'une bonne allocation des ressources pour traiter d'un problème dont l'ampleur et les conséquences peuvent en tout état de cause susciter un bon " rendement " (nous utilisons ce terme à dessein) d'actions de prévention et de prise en charge qui seraient correctement élaborées, notamment au niveau de micro-réalisations que l'on doit préconiser nombreuses et bien évaluées les unes par rapport aux autres.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHAMPAGNE F. CONTANDRIPOULOS AP, PINEAULT R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1985, 33: 173-181
2. DRUMMOND MF, STODDARD GL, TORRANCE GW. *Methods for the economic evaluation of health Care Programmes*. Oxford University Press, Oxford., 1987
3. AURAY JP, DURU G. LAMURE M, PELC A. *Les fondements théoriques de l'évaluation en économie de la santé*. Lacassagne., Lyon, 1990: 1-231
4. LEBRUN T, SAILLY JC. L'évaluation médico économique des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. *problèmes Economiques* 1992, 2: 15-21
5. LEVY E. BUNGENER M, DUMENIL G. FAGNANI F. *Évaluer le coût de la maladie*. Dunod 1977, 1-296
6. FRYMOYER JW, CATS-BARIL WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North America* 1991, 22: 263 271
- 7 Webster BS, Snook SH. The costs of compensable low back pain. *J Occup Med* 1990, 32 (1): 13-15

8. SPENGLER DM, BIGOS SJ, MARTIN NA, ZEH J, FISHER L, NACHEMSON A. Back injuries in industry: a retrospective study.1. Overview and cost analysis. *Spine* 1986, 11 (3): 241-245
9. ABENHAIM L, SUISSA S. Importance and economic burden of occupational back pain - a study of 2,500 cases representative of Quebec. *J Occup Med* 1987, 29 (8): 670-674
10. LACRONIQUE JF. Le coût du mal de dos. Les Assises Internationales du dos. Grenoble, 11 et 12 Octobre, 1991: p.7-12
11. MARTY J. *Les lombalgies* Geigy Paris, p. 116-120
12. TROUSSIER B, LAMALLE Y, CHARRUEL C, RACHIDI Y, JIGUET M, VIDAL F, KERN A, DE GAUDEMARIS R, PHELIP X. Incidences socio-économiques et facteurs pronostiques des lombalgies par accident du travail dans le personnel hospitalier du CHU de Grenoble. *Rev Rhum Mal Ostéour* 1993, 60 (2): 144-151
13. CHARUEL C, ROMAZINI S, GALLIN-MARTEL C, MARTIN A, SCHLUMBERGER HG, DE GAUDEMARIS R. Les lombalgies à EDF-GDF: étude des circonstances et conséquences socio-économiques des accidents du travail sur 2 ans. *Archives des maladies professionnelles et de sécurité sociale* 1992, 53 (8): 727-732
14. BEL S, BAUEUR BL. Dorsal Column Stimulation (DCS): Cost to Benefit Analysis. *Acta Neurochir* 1991, 52: 121-123
15. MITCHELL LV, LAWLER FH, BOWEN D, MOTE W, ASUNDI P, PURSWELL J. Effectiveness and cost-effectiveness of employer-issued back belts in areas of high risk for back injury. *J Occup Med* 1994, 36 (1): 90-94
16. BROWN KC, SIRLES AT, HILLYER JC, THOMAS MJ. Cost-effectiveness of a back school intervention for municipal employees. *Spine* 1992, 17 (10): 1224-1228
17. Programme de restauration fonctionnelle du rachis (RFR) dans le cadre des lombalgies chroniques. Nouvelle approche thérapeutique. *Arch Phys Med Rehabil* 1994
18. MAYER TG, GATCHEL RJ, KISHINO N, KEELEY J, CAPRA P, MEYER H, BARNETT J. Objective assessment of spine function following industrial injury. A prospective study with comparison group and one-year follow up. *Spine* 1985, 10 (6): 116-120