

Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: the results of the 2002-2003 Décennale Santé survey.

Aurélia Plénet, Julie Gourmelen, Jean-François Chastang, Anna Ozguler, Jean-Louis Lanoë, Annette Leclerc

▶ **To cite this version:**

Aurélia Plénet, Julie Gourmelen, Jean-François Chastang, Anna Ozguler, Jean-Louis Lanoë, et al.. Seeking care for lower back pain in the French population aged from 30 to 69: the results of the 2002-2003 Décennale Santé survey.. Ann Phys Rehabil Med, 2010, 53 (4), pp.224-31, 231-8. 10.1016/j.rehab.2010.03.006 . inserm-00489202

HAL Id: inserm-00489202
https://inserm.hal.science/inserm-00489202

Submitted on 4 Jun 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Recours à un professionnel de santé pour lombalgie dans la population française de 30 à 69 ans : Résultats issus de l'Enquête Décennale Santé 2002-2003

A. Plénet*, J. Gourmelen*, J.-F. Chastang*, A. Ozguler*, J.-L. Lanoë*, A. Leclerc*.

* Epidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé, U1018, Inserm, Villejuif, France.

Résumé

Objectifs. - Décrire la fréquence du recours aux soins pour lombalgie dans la population française de 30 à 69 ans et mettre en évidence les facteurs associés.

Matériel et méthodes. - Les données sont issues de l'Enquête Décennale Santé 2002-2003, enquête représentative des « ménages ordinaires » résidant en France métropolitaine.

La fréquence du recours aux soins pour lombalgie a été étudiée parmi les 17792 personnes enquêtées.

Trois types de recours ont été considérés : le recours à un professionnel de santé (en général), à un médecin généraliste et à un kinésithérapeute.

Résultats. - Dans cette étude, 4,5% des personnes déclarent avoir eu recours au moins une fois à un professionnel de santé pour lombalgie sur la période d'étude (2 mois).

Le recours aux soins est associé à des critères de sévérité de la lombalgie telle que la durée de la lombalgie qui est associée à tous les types de recours étudiés.

Des facteurs sociodémographiques, économiques, et d'exposition professionnelle interviennent également. Le revenu est lié au recours au kinésithérapeute.

Conclusion. – Ces premiers résultats sur l'ensemble de la population française montrent que les facteurs associés aux recours aux soins pour lombalgie diffèrent selon le type de recours.

Mots clés : Recours aux soins ; Lombalgie ; Population générale (Seeking care ; Low Back Pain ; General population).

1. Introduction

La fréquence et les répercussions socioéconomiques de la lombalgie constituent un problème de santé publique majeur en France comme dans la plupart des pays industrialisés.

En France, le coût financier médical direct des lombalgies est évalué à 1,4 milliard d'euros et représente 1,6% des dépenses de santé selon le rapport du Groupe Technique National de Définition des Objectifs de santé publique (GTNDO) de 2003 à l'attention de la Direction Général de la Santé (DGS) en collaboration avec l'Inserm [5].

Une étude française réalisée à partir des données de l'Enquête Décennale Santé 2002-2003 a permis d'obtenir des estimations de la fréquence des lombalgies en population générale chez les personnes de 30 à 64 ans [4]. La prévalence de la lombalgie « au moins un jour dans les 12 derniers mois » est ainsi estimée à 55% et celle de la lombalgie « plus de 30 jours dans les 12 derniers mois » à 17%.

De part ces fréquences élevées, il paraît légitime de s'interroger sur le recours aux soins pour lombalgie et aux facteurs liés à ce recours.

Plusieurs enquêtes menées dans divers pays se sont intéressées à cette question [2, 3, 8, 9, 10, 11].

Une étude menée aux Pays Bas (à partir d'une enquête et de registres de santé sur une population de 25 ans ou plus) insiste sur le fait que la majorité des lombalgiques n'ont pas de recours aux soins [9]. Dans l'enquête auprès des individus, 13% de la population déclare avoir eu recours aux soins pour lombalgie dans l'année alors que d'après les registres le recours pour lombalgie est de 8,9%.

Par ailleurs, dans une étude menée par téléphone par Carey et son équipe, en Caroline du Nord, 7,6% de la population interrogée déclare une lombalgie aigue sur une période d'un an [2]. Parmi les lombalgiques seuls 39% ont consulté un professionnel de santé pour leur lombalgie.

En France, à notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée dans le but d'estimer la fréquence des recours aux soins pour lombalgie en population générale et les facteurs liés à ce recours.

Cet article a pour objectif de décrire la fréquence du recours aux soins pour lombalgie sur une période de 2 mois (période correspondant à la durée de l'enquête) ainsi que les spécialités médicales consultées, et mettre en exergue les facteurs associés au recours aux soins pour lombalgie parmi les personnes ayant déclaré une lombalgie.

2. Matériel et Méthodes

2.1. L'enquête

L'échantillon national de l'Enquête Décennale Santé (EDS) 2002-2003 comporte 16449 ménages soit 40867 individus. La population cible est l'ensemble des « ménages ordinaires » résidant en France métropolitaine, ce qui exclut par conséquent les ménages collectifs (maisons de retraite, foyers de travailleurs…).

L'enquête comporte trois entretiens réalisés par des enquêteurs spécialisés, et un questionnaire auto-administré incluant entre autres un questionnaire spécifique aux lombalgies (version française du questionnaire nordique) et le questionnaire SF36 [6-7].

Les données recueillies permettent de croiser de nombreuses caractéristiques socio-démographiques et économiques des individus avec leur état de santé et leur consommation de soins.

2.2. Population d'étude

La population retenue pour cette étude est constituée de toutes les personnes interrogées dans l'EDS, âgées de 30 à 69 ans, aptes à répondre à l'auto-questionnaire et ayant participé aux trois visites de l'enquêteur, soit 17792 personnes (8403 hommes et 9389 femmes).

Ont donc été exclues 210 personnes non aptes à répondre à l'auto-questionnaire et 5723 personnes qui n'ont pas participé aux 3 visites de l'enquêteur.

La classe d'âge des 30-69 ans a été choisie afin de pouvoir prendre en compte les situations professionnelles des personnes, et aussi du fait de la relation entre lombalgie et âge. En effet, à partir d'un certain âge les facteurs liés à la lombalgie sont probablement différents.

2.3. Variables décrivant les lombalgies

Dans cette étude, la variable de santé principale était le recours à un professionnel de santé pour lombalgie dans les 2 mois de l'enquête, avec une précision sur le type de professionnel. Nous avons considéré qu'un sous-ensemble des personnes de l'enquête était susceptible de recourir à un professionnel de santé pour lombalgie, ceux qui avaient signalé la présence d'une lombalgie (dans les 12 mois précédents) dans l'auto-questionnaire, et ceux qui avaient déclaré spontanément à l'enquêteur une lombalgie parmi les problèmes de santé chroniques. Parmi ces personnes, et pour caractériser la sévérité de la lombalgie, trois variables ont été utilisées : la durée de celle-ci sur 12 mois déclarée dans l'auto-questionnaire, la localisation de la douleur (présence d'une irradiation à la jambe..), et le score au SF36 Physical Functioning (capacité physique).

2.4. Autres variables prises en compte

Parmi les nombreuses variables disponibles dans l'enquête, nous avons sélectionné trois catégories de variables, retenues selon la littérature existante sur le sujet, et en fonction d'hypothèses à tester, en particulier sur d'éventuelles disparités géographiques:

- **variables sociodémographiques et économiques** : sexe, âge, diplôme, statut matrimonial, vie en couple, revenu par unité de consommation, occupation actuelle, Profession et Catégorie Socio professionnelle (PCS), Revenu Minimum d'Insertion (RMI), Couverture Maladie Universelle (CMU), couverture complémentaire, Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire (ZEAT), taille de la commune, classement en Zone Urbaine Sensible (ZUS).

- **variables individuelles** : Indice de Masse Corporel (IMC) calculé comme le rapport poids/(taille)^2, taille, score au SF36 Mental Health (évaluant la santé psychique).

- **variables d'expositions professionnelles**, issues de l'auto-questionnaire : exposition au port de charges lourdes durant le travail, postures pénibles et fatigantes durant le travail.

2.5. Méthodes statistiques

Les analyses ont été menées séparément chez les hommes et les femmes, en se restreignant pour la presque-totalité des analyses au sous-échantillon des sujets qui étaient susceptibles de recourir à un professionnel de santé pour lombalgie, c'est-à-dire ceux qui avaient signalé une lombalgie.

Dans un premier temps, les analyses ont été réalisées de façon univariée. Les associations entre le recours à un professionnel de santé (kinésithérapeutes et/ou

médecins) et les variables sélectionnées ont été étudiées. Les facteurs associés au recours au médecin généraliste (exclusivement ou non) et les facteurs associés au recours au kinésithérapeute ont également été recherchés.

Dans un second temps, parmi les individus ayant déclaré une lombalgie dans les 12 mois (dans l'auto-questionnaire ou spontanément à l'enquêteur), des modèles de régression logistique pas à pas descendants ont été utilisés à partir des variables significatives à un seuil de 20 % en mode univarié, ceci pour les trois types de recours (professionnel de santé, médecin généraliste, kinésithérapeute).

Dans chacun de ces modèles, les variables significatives au seuil de 10%, ainsi que l'âge, ont été conservés dans le modèle final. La démarche d'analyse retenue peut amener à ce que les variables retenues dans les modèles finaux soient différentes pour les hommes et les femmes, donc que les variables d'ajustement ne soient pas les mêmes. De façon générale, les variables significatives au seuil de 10%, mais non au seuil de 5%, dans les modèles finaux, sont considérées avant tout comme des variables d'ajustement, au même titre que l'âge.

Au vu des résultats d'analyses préliminaires (qui seront brièvement évoqués dans la discussion), nous avons décidé de présenter ici des résultats ne prenant pas en compte la variable régionale Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire. En effet, chez les hommes comme chez les femmes, cette variable intervenait significativement dans les trois types de recours étudiés. Cependant, aucune région ne se distinguait nettement, et les résultats étaient très difficilement interprétables. Par ailleurs, inclure ou non la variable n'avait pas de conséquence pour les autres résultats.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS version 9.1.

3. Résultats

3.1. Fréquence du recours aux soins

Parmi les 17792 individus de l'étude, 44,9 % déclarent avoir déjà souffert de lombalgie dans les 12 derniers mois soit à l'auto-questionnaire soit spontanément à l'enquêteur.

Un total de 808, soit 4,54%, déclarent avoir eu recours au moins une fois à un professionnel de santé pour lombalgie sur la période de 2 mois, ce qui correspond à 962 consultations médicales et 245 recours à un kinésithérapeute.

En se restreignant aux individus (N= 8792) ayant déclaré une lombalgie dans les 12 derniers mois dans l'auto-questionnaire ou spontanément, près de 9,19% déclarent avoir eu au moins un recours à un professionnel de santé durant la période de l'enquête soit 2 mois.

3.2. Spécialités médicales consultées pour lombalgie (fig. 1)

Le médecin généraliste représente 77% des 962 consultations médicales pour lombalgie. La seconde spécialité médicale la plus consultée pour lombalgie est la rhumatologie (9%). Les autres spécialités correspondent à peu de consultations, mis à part les chirurgiens qui représentent la troisième spécialité la plus consultée pour lombalgie avec près de 3 % de recours.

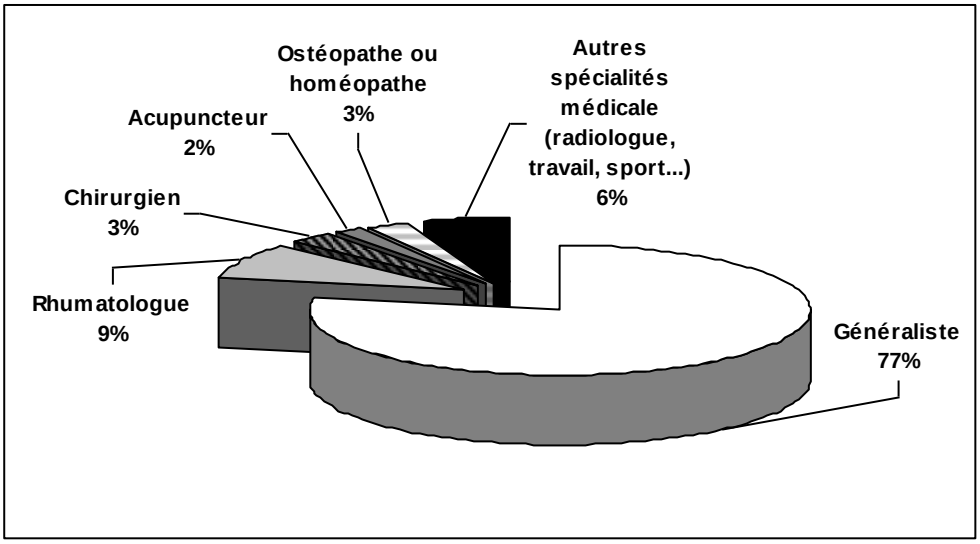


Fig. 1 : Spécialités des médecins consultés pour lombalgie sur 962 consultations.

3.3. Facteurs associés au recours aux soins pour lombalgie (tableau I)

3.3.1. Recours à un professionnel de santé

Le tableau I présente les facteurs associés au recours à au moins un professionnel de santé (médecin ou kinésithérapeute) pour lombalgie, séparément chez les hommes et chez les femmes. Ceux qui ont déclaré un recours aux soins pour lombalgie durant les 2 mois de l'enquête sont comparés à ceux qui ont déclaré une lombalgie dans les 12 derniers mois ou spontanément à l'enquêteur, sans recours aux soins.

Les deux modèles sont ajustés sur l'âge. Le modèle portant sur les hommes inclut l'existence d'une couverture complémentaire alors que le modèle final des femmes comporte le revenu et l'exposition au port de charges lourdes.

Chez les hommes

Plus la durée de la lombalgie est longue plus le recours à un professionnel de santé pour lombalgie est fréquent. Un homme souffrant de lombalgie tous les jours a environ une probabilité 5 fois plus élevée de consulter pour lombalgie qu'un homme qui a souffert de lombalgie pendant 1 à 7 jours.

La modalité « sciatique ne dépassant pas le genou » de la variable « localisation de la douleur » par rapport à la modalité « autres types de lombalgie » est aussi liée au recours aux soins pour lombalgie (OR= 2.0 ; IC= [1.4-2.8]). Les autres modalités de localisation ne sont pas significativement associées à un recours.

Plus le score « Physical Functioning » du SF36 est faible (ce qui correspond à plus d'incapacités physiques fonctionnelles), plus la probabilité d'avoir au moins un recours à un professionnel de santé augmente. Par référence à un bon score au test (peu d'incapacité fonctionnelle, score > médiane), la probabilité de recours aux soins est environ doublée pour les hommes ayant les scores correspondants au quartile inférieur du SF36 (OR=2.0 ; IC= [1.4-2.8]).

Chez les femmes

Les femmes appartenant à des ménages dont le revenu par unité de consommation annuel est supérieur à 14690 € consultent davantage un professionnel de santé que celles dont le revenu annuel par unité de consommation est inférieur à 7345€. Plus le revenu est élevé, plus la probabilité de consulter est élevée.

Comme pour les hommes, la probabilité de consulter un professionnel de santé augmente avec la durée de la lombalgie. Les femmes souffrant de lombalgie tous les jours consultent un professionnel de santé avec une probabilité multipliée par près de

6, comparées aux femmes ayant souffert de lombalgie de 1 à 7 jours (OR=5.7 ; IC = [3.9-8.3]).

Les douleurs de type sciatique irradiant ou non au-delà du genou (par rapport aux autres types de lombalgies) représentent un sur-risque de consulter un professionnel de santé ($OR_{\text{sciatique n'irradiant pas le genou}}$=2.3 ; IC= [1.7-3.2]) ($OR_{\text{sciatique irradiant genou}}$ =1.7 ; IC= [1.3-2.2]).

Comme chez les hommes, plus le score « Physical Functioning » du SF36 est bas plus le risque de recourir aux soins est élevé. Une femme ayant un score inférieur au 1er quartile (beaucoup d'incapacités physiques fonctionnelles) a près de deux fois plus de risque de consulter pour lombalgie qu'une femme qui a un score supérieur à la médiane (score élevé, c'est à dire fonctionnement physique optimal) (OR=1.7 ; IC= [1.2-2.3]).

<u>Tableau I</u> : Variables associées au recours à un professionnel de santé pour lombalgie, chez les hommes et chez les femmes.

Variables	Hommes (n= 363 vs n=3622) OR*	IC 95%**	Femmes (n=445 vs n=4362) OR*	IC 95%**
Couverture complémentaire	P = 0.041			
Pas de couverture complémentaire	Référence			
Mutuelle ou assurance (CMUC inclus)	1.6	[1.0 - 2.6]		
Port de charges lourdes durant le travail			P = 0.072	
Non	Référence			
Oui			1.1	[0.9 - 1.4]
Non répondants			0.7	[0.5 - 1.0]
Durée de la lombalgie (temps total sur 12 mois)	P < 0.001		P < 0.001	
1 à 7 jours	Référence			
8 à 30 jours	1.7	[1.2 - 2.6]	2.7	[1.9 - 3.9]
Plus de 30 jours mais pas tous les jours	3.6	[2.5 - 5.2]	4.0	[2.9 - 5.7]
Tous les jours	5.1	[3.4 - 7.5]	5.7	[3.9 - 8.3]
Non répondants	4.5	[2.2 - 9.4]	2.6	[1.3 - 5.0]
Localisation de la douleur	P < 0.001		P < 0.001	
Autres types de lombalgie	Référence			
Sciatique ne dépassant pas genou	2.0	[1.4 - 2.8]	2.3	[1.7 - 3.2]
Lumbago	1.1	[0.7 - 1.7]	1.3	[0.9 - 1.8]
Sciatique avec douleurs plus bas que genou	1.2	[0.9 - 1.6]	1.7	[1.3 - 2.2]
Non répondants	0.5	[0.2 - 1.0]	1.1	[0.6 - 2.1]
Score au SF36 Physical functioning	P = 0.001		P = 0.020	
>95 (médiane)	Référence			
>=80 et =<95	1.4	[1.0 - 1.9]	1.3	[1.0 - 1.7]
<80 (premier quartile)	2.0	[1.4 - 2.8]	1.7	[1.2 - 2.3]
Non répondants	1.8	[0.9 - 3.7]	1.5	[0.7 - 3.2]
Revenu par unité de consommation			P = 0.052	
<7345.295 (demi médiane)	Référence			
entre 7345.295 et 14690.59			1.5	[1.0 - 2.1]
>14690.59 (médiane)			1.6	[1.1 - 2.4]

* Odds Ratios

** Intervalle de Confiance à 95%

3.3.2. Recours au médecin généraliste (tableau II)

Le tableau II présente les facteurs associés au recours au médecin généraliste pour lombalgie séparément chez les hommes et chez les femmes. Ceux qui ont déclaré un recours au médecin généraliste pour lombalgie durant la période de l'étude soit 2 mois, qu'ils aient ou non eu recours également à un ou plusieurs autres professionnels, sont comparés à ceux qui ont déclaré une lombalgie dans les 12 derniers mois (ou spontanément à l'enquêteur) mais sans recours à un médecin généraliste. Chez les femmes, le modèle final est ajusté sur l'exposition au port de charges lourdes durant le travail en plus de l'âge.

Chez les hommes

Les résultats concernant le recours au médecin généraliste ne différent pas beaucoup de ceux portant sur le recours à un professionnel de santé. La durée de la lombalgie, la présence de sciatique et le score à la dimension « Physical Functioning » du SF36 sont associés au recours au médecin généraliste.

Cependant, le score le plus bas au score « Mental Health » du SF36 est significativement lié au recours au médecin généraliste, soit un sur-risque de 1.4 par comparaison avec la catégorie la plus favorable (OR=1.4 ; IC= [1.0-2.0]).

Chez les femmes

Globalement, l'âge n'est pas significativement associé au recours au médecin généraliste pour les femmes. Néanmoins, les femmes de 60 à 69 ans consultent moins (fréquence réduite de 30%) que celles de 30 à 39 ans, et ceci de façon significative.

Comparé à la modalité de référence « sans diplôme ou non renseigné » les femmes possédant un diplôme supérieur ou égal à «bac + 2 » ont deux fois moins de chance de consulter un médecin généraliste pour lombalgie (OR=0.5; IC= [0.4-0.8]).

Comme précédemment, plus la lombalgie est longue, plus le recours au médecin généraliste est fréquent. Les douleurs de type sciatique (irradiant ou non le genou) par rapport aux autres types de lombalgie représentent un sur-risque de l'ordre de 2 ou plus de consulter un médecin généraliste ($OR_{\text{sciatique n'irradiant pas le genou}}$=2.6 ; IC= [1.8-3.7]) ($OR_{\text{sciatique irradiant genou}}$ =2.0 ; IC= [1.4-2.9]).

Par ailleurs, les femmes ayant les scores les plus bas au SF36 Physical Functioning (capacité physique) par rapport aux femmes ayant les scores les plus hauts ont environ deux fois plus le risque de recourir au médecin généraliste pour lombalgie (OR=1.9 ; IC= [1.2-2.8]).

<u>Tableau II</u> : Variables associées au recours au médecin généraliste pour lombalgie, chez les hommes et chez les femmes.

Variables	Hommes (n= 263 vs n=3722) OR*	IC 95%**	Femmes (n=295 vs n=4512) OR*	IC 95%**
Age				P = 0.099
30 - 39 ans	Référence			
40 - 49 ans			1.0	[0.7 - 1.4]
50 - 59 ans			1.0	[0.7 - 1.4]
60 - 69 ans			0.7	[0.4 - 1.0]
Diplôme				P = 0.044
Sans diplôme ou non renseigné	Référence			
CEP, DFEO et BEPC			0.9	[0.6 - 1.3]
CAP, BEP			0.8	[0.5 - 1.1]
Bac technique et bac général			0.7	[0.4 - 1.1]
Bac + 2 et plus			0.5	[0.4 - 0.8]
Port de charges lourdes durant le travail				P = 0.051
Non	Référence			
Oui			1.2	[0.9 - 1.6]
Non répondants			0.7	[0.5 - 1.1]
Durée de la lombalgie (temps total sur 12 mois)		P< 0.001		P< 0.001
1 à 7 jours	Référence			
8 à 30 jours	1.5	[0.9 - 2.4]	2.8	[1.8 - 4.4]
Plus de 30 jours mais pas tous les jours	3.4	[2.2 - 5.2]	3.8	[2.5 - 5.8]
Tous les jours	4.5	[2.9 - 7.2]	5.0	[3.2 - 8.0]
Non répondants	4.8	[2.1 - 10.7]	2.9	[1.3 - 6.2]
Localisation de la douleur		P< 0.001		P< 0.001
Autres types de lombalgie	Référence			
Sciatique ne dépassant pas genou	2.3	[1.5 - 3.4]	2.6	[1.8 - 3.7]
Lumbago	1.4	[0.8 - 2.2]	1.3	[0.8 - 2.0]
Sciatique avec douleurs plus bas que genou	1.4	[1.0 - 2.1]	2.0	[1.4 - 2.9]
Non répondants	0.6	[0.3 - 1.4]	1.1	[0.5 - 2.4]
Score au SF36 Physical functioning		P = 0.002		P = 0.012
>95 (médiane)	Référence			
>=80 et =<95	1.4	[1.0 - 2.0]	1.3	[0.9 - 1.9]
<80 (premier quartile)	2.2	[1.4 - 3.4]	1.9	[1.2 - 2.8]
Non répondants	1.3	[0.5 - 3.2]	2.0	[0.9 - 4.4]
Score au SF36 Mental Health		P = 0.039		
>68 (mediane)	Référence			
>=56 et =<68	0.9	[0.7 - 1.3]		
<56 (premier quartile)	1.4	[1.0 - 2.0]		
Non répondants	1.8	[0.9 - 3.5]		

*Odds Ratios

** Intervalle de Confiance à 95%

3.3.3. Recours au kinésithérapeute (tableau III)

Le tableau III présente les facteurs associés au recours au kinésithérapeute pour lombalgie séparément chez les hommes et chez les femmes. Ceux qui ont déclaré un recours au kinésithérapeute pour lombalgie durant les 2 mois de l'enquête sont comparés à ceux qui ont déclaré une lombalgie spontanément à l'enquêteur ou dans l'auto-questionnaire dans les 12 derniers mois, mais sans recours à un kinésithérapeute.

Chez les hommes

La principale spécificité du recours au kinésithérapeute pour lombalgie est l'association avec le revenu par unité de consommation du ménage et avec la dernière Profession exercée (PCS).

Les hommes dont les revenus sont les plus élevés sont près de 4 fois plus concernés par le recours au kinésithérapeute pour lombalgie que ceux dont les revenus sont les plus bas (OR= 3.8 ; [1.1-12.7]).

Le recours au kinésithérapeute pour lombalgie parmi les ouvriers ou anciens ouvriers n'atteint pas la moitié de ce qui est observé pour les cadres et professions intellectuelles supérieures (OR=0.4 ; [0.2-0.8]).

La durée de la lombalgie est également un facteur associé au recours au kinésithérapeute, avec un seuil correspondant à une durée de 30 jours. Les hommes souffrant de lombalgie tous les jours par rapport aux hommes souffrant de 1 à 7 jours ont une probabilité 5 fois plus élevée de recourir au kinésithérapeute pour lombalgie.

Enfin, la taille de la commune est un facteur qui intervient dans le recours au kinésithérapeute des hommes. Habiter dans une unité urbaine de plus de 100 000 habitants, ou à Paris, réduit significativement la probabilité de recourir au

kinésithérapeute par rapport à « habiter dans une commune rurale » (OR=0.5 ; [0.3-0.9]).

Chez les femmes

Comme chez les hommes, deux marqueurs sociaux sont associés au recours au kinésithérapeute pour lombalgie : la PCS et le revenu par unité de consommation.

Les femmes classées dans la PCS « ouvriers » ont une probabilité deux fois moindre de recourir au kinésithérapeute que les femmes cadres et professions intellectuelles supérieures (OR=0.4 ; [0.2-0.9]).

Les femmes appartenant aux ménages les plus aisés ont une probabilité près de 3 fois supérieure de consulter un kinésithérapeute que les femmes les moins aisées (OR=2.8 ; IC= [1.2-6.6]).

Comme précédemment, la probabilité de consulter un kinésithérapeute augmente avec la durée de la lombalgie. Une femme souffrant de lombalgie tous les jours a 7 fois plus de risque de recourir à un kinésithérapeute qu'une femme souffrant de lombalgie de 1 à 7 jours (OR=7. 3 ; IC=[3.9-13.6]).

<u>Tableau III</u>: Variables associées au recours au kinésithérapeute pour lombalgie, chez les hommes et chez les femmes.

Variables	Hommes (n=100 vs n=3885) OR*	IC 95 %**	Femmes (n=145 vs n=4662) OR*	IC 95 %**
Age		P= 0.072		
30 - 39 ans	Référence			
40 - 49 ans			1.4	[0.9 - 2.2]
50 - 59 ans			0.9	[0.6 - 1.5]
60 - 69 ans			0.7	[0.4 - 1.3]
PCS (la dernière exercée)		P = 0.047		P = 0.018
Cadres et professions intellectuelles supérieures	Référence			
Agriculteurs exploitants	1.1	[0.4 - 3.1]	0.8	[0.2 - 2.8]
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	0.6	[0.3 - 1.5]	0.2	[0.0 - 1.2]
Professions intermédiaires	0.9	[0.5 - 1.5]	1.1	[0.7 - 1.9]
Employés	0.9	[0.4 - 1.8]	0.7	[0.4 - 1.2]
Ouvriers	0.4	[0.2 - 0.8]	0.4	[0.2 - 0.9]
Non réponses (uniquement chez les femmes)			0.4	[0.1 - 1.8]
Revenu par unité de consommation		P = 0.032		P = 0.007
<demi médiane = 7345.295	Référence			
> 7345.295 et < médiane = 14690.59	2.8	[0.8 - 9.2]	1.7	[0.7 - 4.1]
>médiane =14690.59	3.8	[1.1 - 12.7]	2.8	[1.2 - 6.6]
Taille de la commune		P = 0.014		
Commune rurale	Référence			
Unité urbaine< 5000 habitants à 19999 habitants	1.2	[0.7 - 2.2]		
Unité urbaine de 20000 habitants à 99999 habitants	1.2	[0.6 - 2.2]		
Unité urbaine > à 100000 habitants et Paris	0.5	[0.3 - 0.9]		
Durée de la lombalgie (temps total sur 12 mois)		P< 0.001		P< 0.001
1 à 7 jours	Référence			
8 à 30 jours	1.7	[0.8 - 3.3]	3.0	[1.6 - 5.5]
Plus de 30 jours mais pas tous les jours	4.2	[2.2 - 7.8]	4.8	[2.7 - 8.7]
Tous les jours	4.9	[2.4 - 9.8]	7.3	[3.9 - 13.6]
Non répondants	1.0	[0.4 - 2.4]	1.5	[0.7 - 3.1]
Score au SF36 Physical functioning		P = 0.024		
>95 (médiane)	Référence			
>=80 et =<95	1.2	[0.7 - 2.2]		
<80 (Q1)	1.8	[0.9 - 3.4]		
Non répondants	5.0	[1.9 - 13.5]		

* Odds Ratios

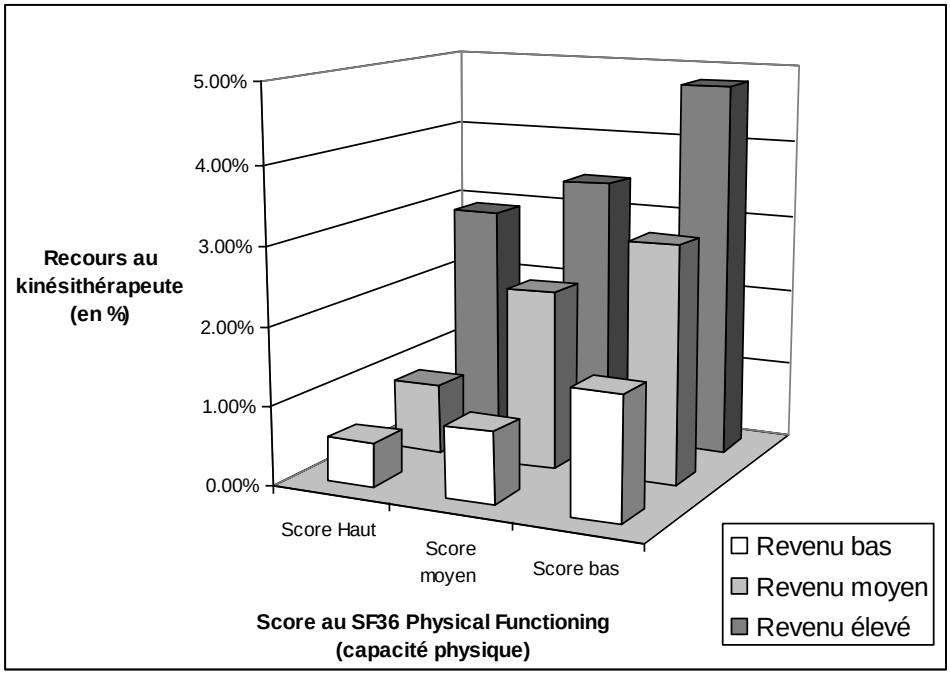
** Intervalle de Confiance à 95%

3.4. Recours au kinésithérapeute, sévérité de la lombalgie et revenu (fig. 2)

La figure 2 illustre de façon plus précise certains des résultats issus des modélisations précédentes, plus précisément ceux portant sur le rôle de la sévérité de la lombalgie et du niveau de revenu.

Cette figure décrit le pourcentage de recours au kinésithérapeute (parmi les personnes, hommes ou femmes, ayant déclaré une lombalgie spontanément à l'enquêteur ou dans les 12 derniers mois) en fonction du revenu par unité de consommation, et du score « Physical Functioning » du SF36. Le score le plus haut correspond à moins de problèmes fonctionnels.

Plus le score de capacité physique est bas, plus les sujets ont recours au kinésithérapeute et ceci quel que soit le niveau de revenu. On constate aussi que le niveau de revenu apparaît comme un déterminant du recours, et ceci quel que soit le niveau d'incapacité physique.



<u>Fig. 2</u>: Pourcentage de recours au kinésithérapeute en fonction du revenu par unité de consommation et du score au SF36 Physical Functioning (capacité physique).

4. Discussion

4.1. Les limites de l'étude

Une limite importante de cette étude est qu'elle ne permet pas de documenter les liens entre les recours aux professionnels de santé. Une enquête en population générale, limitée à deux mois d'observation, n'est pas adaptée à décrire les parcours de soins, impliquant des professionnels qui diffèrent par leurs conditions d'accès. L'enquête ne permet pas, en particulier, de distinguer les recours directs des recours sur prescription d'un généraliste ou d'un spécialiste.

Comparer la France à d'autres pays pose des problèmes spécifiques, ceci même en se limitant à la description des spécialités médicales consultées, car d'autres professionnels de santé, en particulier les « physical therapists » jouent un rôle important dans certains pays.

Le fait que les périodes de référence soient différentes selon qu'il s'agit de recours à un professionnel de santé (2 mois) ou de la présence de lombalgie déclarée dans l'auto-questionnaire (12 mois) complique un peu l'interprétation de ces résultats. Le choix a été fait ici de comparer les personnes ayant eu recours à un professionnel dans les 2 mois à des personnes qui n'y ont pas eu recours mais qui ont déclaré souffrir à la date de l'enquête ou avoir souffert de lombalgie dans les 12 mois. Une alternative aurait été de comparer les personnes ayant eu un recours au reste de l'échantillon de l'enquête, sans prendre en compte l'auto-déclaration de lombalgie. L'inconvénient aurait été de moins bien distinguer les facteurs liés spécifiquement au recours des facteurs liés à la présence d'une lombalgie.

Lorsque la variable régionale Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire (ZEAT) était intégrée dans les analyses, les résultats étaient difficiles à interpréter ; il n'y avait aucun lien éventuel avec la densité médicale, et les régions proches géographiquement ne se ressemblaient pas ; de plus les « effets » régionaux différaient entre les hommes et les femmes. Cette absence de résultats pertinents

pourrait être due au caractère artificiel des regroupements en ZEAT ; par exemple, la modalité « bassin parisien » inclut la Bourgogne, le Centre, la Champagne-Ardenne, la Basse et Haute Normandie et la Picardie.

Dans ce cadre, peut-être faute de disposer d'une variable régionale pertinente, la question des différences régionales n'a pas pu être développée dans cette étude.

Dans le recours aux soins, nous avons considéré les recours au kinésithérapeute et aux médecins (toutes spécialités), et non la consommation de médicaments. Il est probable que les patients souffrant de lombalgie aigue même de courte durée prennent des médicaments pour soulager leur douleur et la prise de médicament sans ordonnance pourrait se substituer à un éventuel recours. L'interrogation suivante serait de savoir quels sont les facteurs liés spécifiquement à l'auto-médication.

4.2. Principaux résultats

Certains des résultats précédents étaient attendus ; il n'est en effet pas bien étonnant que le recours à un professionnel de santé soit plus fréquent pour des lombalgies plus sévères.

Dans cette étude la durée de la lombalgie est un déterminant important du recours aux soins, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, et ceci quel que soit le type de recours. La présence de sciatique l'est également, sauf pour le recours au kinésithérapeute.

Plusieurs études menées dans différents pays ont déjà confirmé le rôle de la durée de la lombalgie, de la présence de sciatique et des capacités physiques dans le recours à un professionnel de santé.

Dans l'étude de Szpalski, le recours aux soins est déterminé par la durée des symptômes douloureux et par la croyance du patient que son mal de dos va être un problème à long terme [10]. L'association entre la durée de la lombalgie et le recours

aux soins est également mis en avant dans l'étude de Carey menée en Caroline du Sud [2].

Le lien entre recours aux soins et sciatique trouvé dans cette étude concorde avec les résultats de l'enquête menée en Caroline du Sud [2].

De façon un peu paradoxale, certaines situations entraînent relativement moins de recours ; en particulier, la présence d'une irradiation « plus bas que le genou » semble entraîner moins de recours qu'une irradiation ne dépassant pas le genou. Il est possible que certaines situations chroniques, présentes depuis longtemps, soient en fait assez peu médicalisées.

La limitation fonctionnelle apparaît comme une dimension importante dans la plupart des études où cette dimension est étudiée [3]. Ceci est peu surprenant, car il paraît légitime que la probabilité de recours soit augmentée lorsqu'un individu se sent très limité physiquement.

Les résultats les plus inattendus de notre étude sont sans doute ceux concernant les facteurs associés au recours au kinésithérapeute.

Le moindre recours au kinésithérapeute dans les grande villes et à Paris, observé pour les hommes, n'a pas d'explication évidente ; le rôle d'une offre de soins plus diversifiée dans les grandes villes pourrait être une hypothèse.

Chez les hommes comme chez les femmes nous retrouvons deux marqueurs sociaux associés au recours au kinésithérapeute pour lombalgie : le revenu par unité de consommation et la PCS.

On aurait pu faire l'hypothèse d'un recours au kinésithérapeute plus fréquent si la présence d'une lombalgie est difficilement compatible avec les contraintes professionnelles. Dans cette optique, les ouvriers devraient avoir davantage de recours au kinésithérapeute ; or ce sont les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont le niveau de recours le plus élevé.

Le fait que les individus dont les revenus sont les plus élevés aient davantage recours au kinésithérapeute suggère que le coût des soins constitue une limitation pour ce type de recours.

Que le recours aux soins de kinésithérapeute augmente avec le revenu par unité de consommation a déjà été évoqué en France dans une étude basée sur les données de l'enquête Santé, Soins et Protection Sociale en 1998, portant sur tous les problèmes de santé en général [1]. Cette même étude montre que concernant les couvertures complémentaires les ouvriers ont plus souvent des contrats individuels que les cadres supérieurs et bénéficient donc moins de contrats collectifs souvent plus complets et couvrant les dépassements d'honoraire.

On peut se demander si ce recours plus fréquent au kinésithérapeute dans les ménages les plus aisés a comme origine les patients eux-mêmes (avec un recours au de manière spontanée) ou les médecins prescripteurs, si les avances de frais demandées par les kinésithérapeutes sont dissuasifs pour les budgets les plus serrés, et enfin si les recours au kinésithérapeute sont liés au type de contrat complémentaire souscrit, au-delà du fait d'avoir une couverture complémentaire.

5. Conclusions et perspectives

Le recours aux soins pour lombalgie est largement associé à des critères de sévérité de la lombalgie et nous n'observons aucune barrière financière d'accès aux soins pour le recours au médecin généraliste.

Néanmoins, dans un système français où l'accès à tous les soins est en principe facilité pour les revenus les plus bas depuis 2000 avec la généralisation de la Couverture Maladie Complémentaire, les recours au kinésithérapeute apparaissent liés au revenu et à la PCS. Cette question mériterait d'être approfondie. Une autre question est celle de la prise en charge optimale de la lombalgie, qui porte sur la nature des soins et non sur le simple recours à un professionnel. Pour documenter ces

différents points, des données plus complètes sur les parcours de soins en population générale, complétées par des informations sur l'absence de soins, l'auto-médication et le renoncement à certains types de soins, seraient nécessaires.

Remerciements

Ce travail a été mené avec le soutien financier de la MIRE, dans le cadre des analyses secondaires de l'Enquête Décennale Santé.

Références

[1] Bocognano A, Dumesnil S, Frérit L, Ph Le Fur, Sermet C. Santé, soins et protection sociale en 1998. Question d'économie de la santé 1999; n° 24.

[2] Carey TS, Evans AT, Hadler NM, Lieberman G, Kalsbeek WD, Jackman AM, et al. Acute severe low back pain. A population-based study of prevalence and care-seeking. Spine 1996; 21(3) : 339-44.

[3] Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The treatment of Neck and Low Back Pain, Who seeks care ? Who goes where? Med care 2001, 39 (9) : 956-967.

[4] Gourmelen J, Chastang JF, Ozguler A, Lanoë JL, Ravaud JF, Leclerc A. Fréquence des lombalgies dans la population française de 30 à 64 ans. Résultats issus de deux enquêtes nationales. Ann Réadapt Med Phys 2007; 50(8): 640-4, 633-9.

[5] GTNDO [rapport] Analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique. Définition d'objectifs. Mise à jour le 01/07/03.
Available from: URL :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_integral.pdf>

[6] Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. Appl Ergon 1987; 18 (3) : 233-37.

[7] Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste JP, Perneger T. Le Questionnaire MOS SF-36 : Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris : ESTEM; 2001 : 156p.

[8] Lim KL, Jacobs P, Klarenbach S. A population-based analysis of healthcare utilization of persons with back disorders : Results from the canadian community health survey 2000-2001. Spine 2006 ; 31(2) : 212-18

[9] Picavet HS, Struijs JN, Westert GP.Utilization of Health Resources due to Low Back Pain: Survey and Registered Data Compared. Health Services Research. Spine 2008; 33(4):436-444.

[10] Szpalski M, Nordin M, Skovron ML, Melot C, Cukier D. Health care utilization for low back pain in Belgium. Influence of sociocultural factors and health beliefs. Spine 1995 ; 20 : 431-42.

[11] Vingard E, Mortimer M, Wiktorin C, Pernold RPTG, Fredriksson K, Nemeth G et al. Seeking Care for Low Back Pain in the General Population. A Two-Year Follow-up Study: Results From the MUSIC-Norrtalje Study. Health Services Research. Spine 2002; 27(19) : 2159-65.