

Et si on marchait un peu ? Efficacité d'un programme personnalisé de remise en marche dans la prévention de la lombalgie commune

Référence

Pocovi N, Lin CW, French SD, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence in Australia (WalkBack): a randomised controlled trial. *Lancet* 2024;404:134-44. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00755-4

Analyse de

Jean-Marc Feron, Centre Académique de Médecine Générale, UCLouvain
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez des patients adultes souffrant de la lombalgie commune, une formation et un programme progressif et individualisé de remise à la marche sont-ils efficaces et rentables sur le risque de récurrence de lombalgie versus absence d'intervention ?

Contexte

Minerva a déjà analysé de nombreuses études concernant la prise en charge des lombalgies aiguës ou chroniques, mais très peu concernant la prévention des récurrences, pourtant réputées fréquentes. Une analyse (1) d'une synthèse méthodique de 2010 (2) a évalué des programmes d'exercices effectués après épisode lombalgique aigu. Dans cette méta-analyse effectuée à partir de 2 études, les résultats montraient, avec des preuves de qualité modérée, versus absence d'intervention, une réduction du nombre de sujets avec récurrence sur 6 mois à 2 ans de suivi. Cependant, pour l'analyse de 2 à 5 ans de suivi, le résultat était non statistiquement significatif. Le nombre de jours de maladie était réduit. Si le bénéfice de l'activité physique de façon large est intuitivement admis en prévention des récurrences de la lombalgie commune, aucune recherche n'avait évalué l'efficacité, la sécurité et le coût d'un exercice assez spécifique et en même temps très accessible tel que la marche (3).

Résumé

Population étudiée

- critère d'inclusion :
 - adultes (âgés de 18 ans ou plus) ayant récupéré d'un épisode de lombalgie commune non spécifique d'une durée minimale de 24 h durant les 6 mois précédents
 - un épisode de lombalgie était défini comme une douleur dans la zone située entre la 12^e côte et le pli fessier
- critères d'exclusion :
 - étaient exclus les patients souffrant d'une lombalgie avec cause spécifique (fracture, cancer, infection), d'une comorbidité empêchant la participation au programme de marche, les patientes avec grossesse, les patients ayant subi une chirurgie spinale dans les 6 mois précédents, les personnes participant régulièrement à un programme d'activité physique de prévention des lombalgies, les personnes pratiquant régulièrement la marche (> 3 x 30 min/semaine) ou un autre sport d'intensité modérée à importante
- au total, entre septembre 2019 et juin 2022, 701 personnes ont participé à l'étude (351 dans le groupe intervention et 350 dans le groupe contrôle) ; 96% des participants ont été suivis jusqu'à un an après début de l'intervention ; l'âge moyen des participants était de 54 ans, 80% étaient des femmes ; les caractéristiques physiques et psycho-sociales des participants étaient fort similaires dans les deux groupes ; la durée cumulée moyenne de marche dans le groupe intervention était de 80 min/sem. en semaine 1 et de 130 min/sem. en semaine 12.

Protocole d'étude

- essai clinique randomisé à 2 bras
- en Australie

- participation de 25 cliniques
- groupe intervention : programme étalé sur 6 mois comprenant 6 sessions (les 5 premières sur 12 semaines, puis une 6^{ème} session de rappel à 6 mois) de coaching à la marche animées par un kinésithérapeute formé spécifiquement ; entre ces sessions les participants étaient invités à marcher régulièrement (l'objectif idéal étant d'arriver progressivement à 5 x 30 min par semaine), leur activité physique étant enregistrée via notes personnelles et podomètre ; chaque programme était personnalisé et tenait compte de l'histoire personnelle, des capacités physiques (BMI entre autres), des objectifs, des contraintes temporelles et environnementales du participant ; les sessions tenaient entre autres compte de l'adhésion au programme ; à côté de ces sessions un programme de formation était proposé pour améliorer les connaissances par rapport aux mécanismes de la douleur et rassurer quant au risque de récurrence de la douleur
- les participants du groupe contrôle n'ont reçu aucune intervention, mais n'étaient pas empêchés de rechercher d'eux-mêmes des stratégies de prévention par rapport à la douleur.

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire : nombre de jours entre le moment de la randomisation dans l'essai clinique et le premier épisode de récurrence d'une lombalgie limitant les activités journalières ; la lombalgie devait avoir une durée d'au moins 24 heures, avec une intensité de douleur supérieure à 2 sur une échelle numérique de 0 à 10
- critères de jugement secondaires : autres indicateurs de récurrence de la lombalgie (par exemple par la recherche de soins), le degré d'incapacité physique (via le questionnaire de Roland Morris), la qualité de vie en fonction de la santé, le degré d'activité physique, le degré de sédentarité, le recours à d'éventuelles autres interventions, la survenue d'effets secondaires sérieux
- à côté de l'évaluation physique, une évaluation d'ordre économique a utilisé des indicateurs d'années de vie ajustées à la qualité de vie (QALY), le nombre de jours d'incapacité due à une lombalgie, les coûts respectifs de l'intervention par coaching et des soins de santé liés à la lombalgie, le coût de l'absentéisme
- analyses en intention de traiter pour les critères de jugement primaires et secondaires.

Résultats

- critère primaire : le nombre médian de jours avant une récurrence était de 208 jours avec IC à 95% de 149 à 295 dans le groupe d'intervention et de 112 jours avec IC à 95% de 89 à 140 dans le groupe contrôle ; l'intervention a réduit le risque de récurrence de lombalgie limitant l'activité par rapport au groupe témoin (HR 0,72 avec IC à 95% de 0,60 à 0,85) ; $p = 0,0002$
- critères secondaires :

	Intervention vs contrôle
Risque de récurrence de lombalgie limitation d'activité	HR de 0,72 avec IC à 95% de 0,60 à 0,85
Risque de récurrence de lombalgie	HR de 0,80 avec IC à 95% de 0,68 à 0,94
Risque de récurrence de recherche de soins	HR de 0,57 avec IC à 95% de 0,44 à 0,74
Différence moyenne estimée en incapacité à 3 mois (questionn. RM)	DM de -1,41 avec IC à 95% de -2,26 à -0,55
Différence moyenne estimée en incapacité à 12 mois (questionn. RM)	DM de -1,28 avec IC à 95% de -2,01 à -0,55

- d'un point de vue économique :
 - le groupe d'intervention a gagné plus de QALY que le groupe témoin (DM de 0,023 avec IC à 95% de 0,011 à 0,034) et a connu moins de récurrences conduisant à une limitation d'activité que le groupe témoin au cours des 12 premiers mois (DM de -0,16 avec IC à 95% de -0,22 à -0,09)
 - le rapport coût*efficacité différentiel par année de vie ajustée à la qualité de vie était de 7802 dollars australiens, ce qui donne une probabilité de 94% que l'intervention soit rentable à un seuil de « willingness to pay » de 28 000 dollars

- bien que le nombre total de participants rapportant au moins un effet indésirable fût similaire dans les deux groupes (52 et 54% respectivement), le nombre d'effets indésirables liés aux membres inférieurs était plus important dans le groupe intervention.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent qu'une formation et un programme progressif et individualisé de remise à la marche diminuent de façon significative les récurrences de lombalgies. Cette intervention accessible, adaptable et sûre pourrait influencer la prise en charge globale de la lombalgie commune.

Financement de l'étude

National Health and Medical Research Council (Australie).

Conflits d'intérêt des auteurs

Tous les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Cette RCT apparaît comme très rigoureuse avec protocole et plan d'analyse statistique prépubliés, rapportée conformément aux directives CONSORT et CONSORT Extension for RCTs Revised in Attenuating Circumstances, analyse en intention de traiter et structure simple avec deux bras d'étude en 1:1. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont bien décrits et cohérents. La randomisation comprenait des blocs permutés de manière aléatoire de 4, 6 et 8 patients, stratifiés par antécédents de plus de deux épisodes antérieurs de lombalgie au cours de la vie, qui est le seul facteur pronostique systématiquement rapporté pour la récurrence de la lombalgie (4), et le recrutement à partir de la publicité communautaire par rapport à l'orientation du clinicien. L'intervention est bien précisée et reproductible. Les mesures d'adhésion à l'intervention ont été recueillies tout au long de l'essai, y compris la participation aux séances, la durée de la marche consignée dans le journal de marche de 12 semaines et l'adhésion autodéclarée (Brief Adherence Rating Scale - BARS, qui va de 0 (pas du tout conforme) à 10 (très conforme)) recueillie trimestriellement pendant 12 mois. Les critères de jugements sont assez nombreux mais cohérents entre eux et focalisés principalement sur deux axes : efficacité / sécurité clinique et rentabilité économique. Les résultats en matière de coûts sociétaux semblent complets : ils comprennent les coûts attribués à la prestation de l'intervention (participation aux séances, podomètre et coûts d'impression associés au journal de marche), les coûts des soins de santé associés aux lombalgies (hospitalisation, services de soins de santé et médicaments) et l'absentéisme au travail recueillis au moyen de questionnaires administrés aux patients à 3, 6, 9 et 12 mois. La nature de l'intervention a empêché le côté aveugle de l'étude. Le suivi est réalisé sur une durée relativement longue (au moins 1 an, souvent 3 ans).

Évaluation des résultats

Cette étude démontre qu'une intervention de marche et d'éducation, comparée à un groupe témoin sans traitement, peut réduire considérablement les récurrences de lombalgie. Les caractéristiques socio-économiques des participants étaient très similaires dans les deux groupes. Les participants ont été recrutés dans tout le territoire de l'Australie (autant en ville qu'à l'extérieur), ce recrutement large a été fortuitement favorisé par la pandémie covid. Les participants ont été recrutés par le biais de publicités communautaires (médias sociaux et bulletins d'information des entreprises) et de recommandations de cliniciens (médecins généralistes, physiothérapeutes). Toutes les stratégies publicitaires dirigeaient les participants potentiels vers un formulaire de sélection préliminaire en ligne sur le site Web de l'essai. Ceux qui ont réussi la sélection initiale ont subi une sélection complète par téléphone avec un membre de l'équipe de recherche. Pour que cette procédure soit appliquée en Belgique, il faudra disposer d'un budget et d'un personnel suffisants. Aucune explication n'est donnée quant au recrutement très majoritairement féminin dans les deux groupes, ce qui pourrait remettre légèrement en question l'extrapolation à la population générale. Le taux de suivi à 1 an (96%) était excellent. Même si les effets indésirables étaient de nature différente dans les 2 groupes, la sécurité globale de l'intervention était aussi bonne que celle du contrôle. Les résultats selon les différents critères de jugement étaient globalement très cohérents entre eux, à peu près tous en faveur de l'intervention, même si à 1 an de suivi la durée totale de marche était similaire dans les 2 groupes. Cette étude ne permet pas de déterminer si

c'est la formation ou le coaching à la marche qui a été le plus déterminant dans les résultats du groupe intervention. D'un point de vue économique, les résultats indiquent que l'intervention préventive peut être considérée comme un investissement rentable. Une méta-analyse Cochrane de 2010 (2) plaide également pour l'efficacité de l'exercice en prévention de la lombalgie bien que certaines études donnent des preuves contradictoires.

L'intervention combinant marche et éducation étudiée ici, basée sur une approche de coaching en santé, a significativement réduit la récurrence des lombalgies. Ces résultats, obtenus selon une RCT correctement menée méthodologiquement, seraient selon les auteurs une première mondiale. Accessible et peu coûteuse, elle a de meilleures chances d'être mise en œuvre à grande échelle par rapport aux formes d'exercice précédemment étudiées. Ces résultats soulignent l'importance de la gestion préventive et pourraient, comme le notent les auteurs, influencer la prise en charge des lombalgies. Il appartient cependant aux experts belges de réaliser les calculs en fonction des coûts appliqués en Belgique des différentes interventions, professionnels et outils et en fonction des seuils de rentabilité définis en Belgique.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Selon Ebpracticenet (5), « *il existe des données probantes de qualité élevée indiquant que les personnes atteintes de lombalgie aiguë à qui il est conseillé de garder le lit ressentent un peu plus de douleur et un peu moins de récupération fonctionnelle que celles à qui il est conseillé de rester actives* ». Le guide KCE pour la lombalgie (6) recommande le maintien de l'activité physique et l'autogestion à tous les stades de la douleur. Le guide HAS sur la lombalgie commune (7) recommande « *aux personnes ayant présenté une lombalgie de pratiquer régulièrement une activité physique et/ou des exercices d'autoéducation afin de diminuer le risque de récurrence (GRADE B). Le choix de l'activité physique doit prendre en compte la préférence du patient* ». En résumé le maintien de l'activité physique est unanimement recommandé dans le traitement de la lombalgie commune, aiguë ou chronique. Cette recommandation a souvent été extrapolée dans la prévention secondaire de ce trouble très fréquent, mais avec un niveau de preuve jusqu'à présent faible à modéré.

Conclusion de Minerva

Cet essai clinique randomisé de très bonne qualité méthodologique montre qu'un programme personnalisé de remise à la marche associé à une formation spécifique permet de retarder significativement l'incidence de récurrence de la lombalgie commune chez des patients adultes, sur un suivi de 1 à 3 ans. Cette intervention a également montré sa sécurité et sa rentabilité économique calculée en QALY (pour l'Australie). Cet essai permet de recommander une reprise progressive et personnalisée de la marche avec éducation. De plus, la marche est une activité physique très accessible et sûre.

Références

1. Chevalier P. Exercices en prévention des lombalgies récidivantes. Minerva Analyse 27/05/2010.
2. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercices for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2010, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD006555.pub2
3. Pocovi N, Lin CW, French SD, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence in Australia (WalkBack): a randomised controlled trial. Lancet 2024;404:134-44. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00755-4
4. da Silva T, Mills K, Brown BT, et al. Recurrence of low back pain is common: a prospective inception cohort study. J Physiother 2019;65:159-65. DOI: 10.1016/j.jphys.2019.04.010
5. Lombalgie (aiguë) et sciatique : alitement ou maintien de l'activité ? Ebpracticenet. Mis à jour par JBI: 14/09/2021. Screené par Ebpracticenet: 13/02/2024.
6. Van Wambeke P, Desomer A, Ailliet L, et al. Guide de pratique clinique pour les douleurs lombaires et radiculaires. KCE Report 287B. 2017. URL : <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/guide-de-pratique-clinique-pour-les-douleurs-lombaires-et-radiculaires>
7. Haute Autorité de Santé. Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune. HAS, 2019.