

Lombalgie commune chez le personnel soignant au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

Common lumbago in nursing staff at the University Hospital of Brazzaville

Angalla Affleck Romaric Ledier^{1,2}, Lamini N'Soundhat Norbert Edgard^{1,2}, Akoli Ekoya Ondzala², Nkouala –Kidédé Daphtone Chabel², Omboumahou Bakalé Francina Eddie², Salémo Anah Précieux², Ntsiba Honoré^{1,2}, Bilekot Richard^{1,2}

1. Faculté des Sciences de la Santé. Université Marien Ngouabi (Brazzaville, Congo)

2. Service de Rhumatologie. Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (Brazzaville, Congo)

Auteur correspondant : Angalla Affleck Romaric Ledier

Résumé

Objectif

Décrire le profil de la lombalgie commune chez le personnel soignant exerçant au CHU de Brazzaville.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, menée au CHUB, du 1^{er} mars au 1^{er} octobre 2021 (8 mois). Portant sur le personnel de santé soignant lombalgique consentant à participer à l'étude. Les variables d'étude épidémiologiques, professionnelles, cliniques, morphologiques, thérapeutiques et évolutives. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche administrée en français et en langues nationales.

Résultats

La fréquence de la lombalgie commune chez le personnel soignant était de 37,9%. L'âge moyen était de 42,69±9,77 ans (extrêmes de 20 et 65 ans) et un sex ratio de 0,3. Les infirmiers étaient majoritaires représentant 72,1%(n=80). La lombalgie s'exprimait dans 96,4% des cas par une douleur localisée sans irradiation radiculaire. L'évolution était chronique dans 93,7%. Le principal facteur déclenchant était un effort de soulèvement (51,4%). La discopathie dégénérative était la principale anomalies radiologique (72,0%). Les mesures thérapeutiques professionnelles consistaient en arrêt de travail dans 44% des cas avec une durée moyenne d'arrêt de travail de 11±17 jours.

Conclusion

La lombalgie commune est une affection fréquence chez le personnel soignant, elle mériterait à être classée parmi les maladies professionnelles.

Mots clés: lombalgie commune, facteur déclenchant, personnel soignant, CHU de Brazzaville.

Summary

Objective: To describe the profile of common low back pain in nursing staff working at the University Hospital of Brazzaville.

Patients and method

This is a cross-sectional, descriptive study conducted at the CHUB from March 1 to October 1, 2021 (8 months). It focused on health care personnel with low back pain who agreed to participate in the study. Epidemiological, professional, clinical, morphological, therapeutic and evolutionary study variables. Data were collected using a form administered in French and in national languages.

Results

The frequency of common low back pain among the nursing staff was 37.9%. The mean age was 42.69±9.77 years (extremes 20 and 65 years) and a sex ratio of 0.3. Nurses were in the majority representing 72.1% (n=80). Low back pain was expressed in 96.4% of cases as localized pain without radicular radiation. The evolution was chronic in 93.7%. The main triggering factor was lifting effort (51.4%). Degenerative disc disease was the main radiological anomaly (72.0%). Occupational therapeutic measures consisted of work stoppage in 44% of cases with a mean duration of 11±17 days.

Conclusion

Common low back pain is a frequent condition among health care workers and should be classified as an occupational disease.

Key words: common low back pain, triggering factor, nursing staff, Brazzaville University

I. Introduction

La lombalgie est une douleur de la région lombo-sacrée, médiane ou latéralisée, qui peut irradier dans la fesse. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la lombalgie commune correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, infectieuse, tumorale et traumatique [1-2]. C'est un véritable problème de santé publique, à l'origine d'un retentissement socioprofessionnel important et financier élevé pour la société du fait de l'absentéisme et du coût des soins médicaux qu'elle entraîne [3]. On estime que 80% de la population mondiale active en souffre ou en souffrira au moins temporairement [4]. En rhumatologie, elle constitue le premier motif de consultation. En France elle représente 20% des accidents de travail, 7% des maladies professionnelles et la troisième cause de maladie professionnelle après les affections respiratoires et traumatiques entre 45 et 64ans [5-6]. En Afrique subsaharienne, la prévalence annuelle dans la population générale est estimée à 57% [7]. En milieu professionnel, la lombalgie commune représente le trouble musculosquelettique le plus rencontré et constitue la première cause des affections limitant l'activité professionnelle avant 45ans mais également la première cause de morbidité ostéoarticulaire [5]. Au Congo, la pathologie dégénérative en Rhumatologie est dominée par la lombalgie commune. Sa fréquence hospitalière y était estimée en 2009 à 27% [8]. Sa fréquence en milieu professionnel est peu précise [9] d'où l'intérêt de cette étude qui avait pour but de décrire le profil de la lombalgie commune chez le personnel soignant exerçant au CHU de Brazzaville.

II. Patients et méthode

Il s'est agi, d'une étude transversale, descriptive et à recueil de données prospectif. Conduite du 01 Mars au 01 Octobre 2021 soit une durée de huit (8), au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHU-B). Les personnels soignants ont été répertoriés à partir d'une liste fournie par la Direction des ressources humaines du CHU-B. A partir des données recueillies auprès de la Direction des ressources humaines du CHU-B, les personnels soignants ont été contactés individuellement par téléphone ou joints à leur domicile. Les personnels soignants ont été informés de l'enquête, ses objectifs et du déroulement de l'étude. Après consentement éclairé, ils ont été vus en consultation dans le service de Rhumatologie du CHU. A partir de la fiche d'information préétablie, en Français, en Kituba et en Lingala, un questionnaire avait été utilisé pour le recueil d'informations relatives aux aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, thérapeutiques, évolutifs, les données professionnelles de la lombalgie et d'apprécier l'importance du retentissement des lombalgies par l'Echelle d'Incapacité Fonctionnelle EIFEIL.

. La collecte des données a été faite en trois phases :

La Première phase de préanalyse, elle consistait à répertorier et identifier tout le personnel de soignant exerçant au CHU-B, de mener un interrogatoire minutieux, examiner tous ceux qui présentent une lombalgie et réaliser les radiographies lombaires (F/P) chez ces derniers.

La deuxième phase d'analyse a été consacrée à la quantification et à la lecture des radiographies standards du rachis lombaires (F/P) réalisées.

Troisième phase de post-analyse a été Consacrée à l'interprétation des résultats radiographiques, les résultats obtenus étaient transcrits sur une fiche d'enquête ; La confirmation du diagnostic de lombalgie commune s'est faite au terme de la collecte des données par des Rhumatologues et un code et un numéro d'identification avaient été attribués à chaque personnel soignant afin de garantir la confidentialité des données et l'anonymat. 111 personnels soignants font l'objet de cette étude. Ont été exclus de notre étude le personnel soignant présentant une lombalgie symptomatique, absent au poste de travail pendant la période de collecte des données, le personnel administratif et du laboratoire et le personnel soignant non consentant. Le logiciel SPSS 22 a permis l'analyse des données.

III. Résultats

Il s'agissait de 293 soignants totalement inclus parmi lesquels 111 étaient lombalgiques soit une fréquence de la lombalgie commune chez le personnel soignant de 37,9%. La lombalgie en milieu professionnel prédominait chez les femmes dans 75,7% des cas (n=84) et les hommes représentaient 24,3% des cas (n=27) avec un sex-ratio H/F de 0,32, soit un homme pour trois femmes. L'âge moyen du personnel soignant présentant la lombalgie commune était de $42,69 \pm 9,77$ ans avec des extrêmes de 20 et 65 ans. Elle prédominait dans la tranche d'âge des 30-49 ans dans 63,9% des cas (n=71). La majorité du personnel soignant avait un niveau socioéconomique moyen (82,9%), élevé (13,5%), bas (2,7%) et très élevé (0,9%). Le niveau d'instruction était secondaire dans 72% des cas suivi de supérieur et primaire respectivement dans 26 et 2% des cas. La catégorie

professionnelle la plus touchée était la profession infirmière dans 72,1% des cas (n=80), suivie des médecins 9,9% des cas (Figure 1). Selon le statut matrimonial, la majorité de personnel soignant était célibataires dans 45,5% des cas (n=55) suivis des mariés dans 33,3 % des cas (Tableau I). La multiparité était l'antécédent personnel le plus fréquemment retrouvé dans 38,1% des cas (n=32), suivi de la lombalgie antérieure dans 13,5% des cas (n=15) et la polygamie dans 6,30% des cas (n=7). La majorité de personnels soignants (91 cas) soit 82 % des cas ne pratiquaient pas du sport, les règles d'hygiène du dos étaient méconnues chez 86 personnels soignants (77,5%) et seul 25 (22,5%) de personnels soignants les connaissaient les règles d'hygiène de la colonne vertébrale. Sur le plan clinique, la lombalgie s'exprimait dans 96,4% de cas par une douleur lombaire de rythme mécanique fixe ou médiane sans irradiation, elle pouvait s'accompagner d'une irradiation dans les membres pelviens dans 3,6% des cas. L'intensité de la douleur, évaluée sur l'échelle visuelle analogique était modérée dans 93,7% des cas. Le mode de début de la lombalgie était provoqué dans 69,4% des cas (n=77), brutal dans 27,0% des cas (n=30), spontané dans 2,7% des cas (n=3), et progressif dans 0,9% (n=1). La douleur lombaire survenait dans 73 cas (65,8%) sur le lieu de travail. Le facteur déclenchant le plus retrouvé était le passage brutal d'une position dans 51,4% (n=57) suivi du port des charges lourdes dans 28,8% (n=32). La durée moyenne d'évolution de la lombalgie commune était de 51±62 mois avec des extrêmes de 1 et 154 mois. Il s'agissait d'une évolution chronique dans 93,7% des cas (n=104) et aigue dans 6,3% des cas (n=7). La majorité de 41,4 % personnels soignants étaient en surcharge pondérale (41,4%), obèses dans 36% des cas et 22,5% (n=25) avaient un indice de masse corporelle normal. L'indice de masse corporelle moyen était de 27.1±3.28 Kg/m² avec des extrêmes de 19.6 et 36.7 Kg/m².

Une attitude antalgique était retrouvée chez 64 soignants (57,7%), il s'agissait d'une attitude scoliotique dans 65,6% des cas (n=42), d'une attitude antalgique directe gauche dans 31,2% des cas (n=20), et directe droite dans 3,2% des cas (n=2). L'indice de Schöber était normal (≥ 15 cm) dans 85,6% des cas (n=95), avec une distance doigt sol nulle dans 85,6% des cas (n=95). Evalué par le score d'EIFEL, le retentissement fonctionnel de la lombalgie commune était léger dans 46% des cas (Figure 2). Réalisée chez 33 personnels soignants cas, la radiographie standard montrait les anomalies dans 25 cas (75,8%) et elle était normale dans 8 cas (24,2%). L'anomalie radiologique la plus retrouvée était la discopathie dégénérative dans 18 cas (72,1%) (tableau II). Au plan thérapeutique, la prise en charge était multidisciplinaire associant les Rhumatologues, les neurochirurgiens et les kinésithérapeutes. Le traitement était essentiellement médical dans 91% des cas (n=101). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens étaient la classe thérapeutique la plus prescrite dans 89 cas (88,1%), suivie des antalgiques 2^{ème} palier de l'OMS dans 44 cas (43,6%), les coantalgiques, le paracétamol et les infiltrations aux corticoïdes retardés respectivement dans 26 cas (25,7%), 17 cas (16,8%) et 5 cas (5%). Le traitement physique associait la kinésithérapie fonctionnelle dans 69,0% des cas, le port de la ceinture lombaire de maintien dans 28,2% des cas et la physiothérapie à visée antalgique dans 2,8% des cas. Le traitement chirurgical était indiqué chez deux personnels soignants. Il s'agissait de deux cas de la hernie discale réfractaire aux traitements médicaux. Les mesures professionnelles thérapeutiques ont été prescrites. Elles concernaient en un arrêt de travail dans 44,1% des cas avec une durée moyenne de 11±17 jours avec des extrêmes de 1 et 120 jours, un aménagement de poste de travail chez 5 personnels de soignants et un changement de poste de travail dans 2 cas.

IV. Discussion

Aspects épidémiologiques

Fréquence

La lombalgie apparaît fréquente dans notre étude, ce qui laisse à penser qu'elle peut être considérée comme une maladie professionnelle ; Bejia en Tunisie en 2004 [10] rapportait une fréquence importante également dans les séries de Ouédraogo au Burkina Faso en 2008 [11], de Bin Homaid et al en Arabie Saoudite en 2016 [12], d'Awosan et al au Nigeria en 2017 [13] et DIATTA et al au Sénégal en 2018 [14] qui rapportaient respectivement 57,1%, 56,4%, 74,2%, 39,1%, 48,1% des cas, ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans notre étude où la fréquence de la lombalgie commune chez le personnel soignant était de 37,9%. Cette divergence de la prévalence pourrait s'expliquer par la courte durée de notre étude, la faible taille de l'échantillon et une grande hétérogénéité des populations étudiées dans la littérature [10]. Notre étude étant réalisée en milieu hospitalier, nos résultats ne permettent pas d'apprécier à sa juste valeur la lombalgie commune en milieu professionnel ; en Europe la prévalence cumulée de la lombalgie varie de 32 à 74% [15,16]. La prévalence annuelle chez les personnels hospitaliers varie de 6 à 62,4 % [17, 18]. En effet, De Gaudemaris et al en 1986 [4] ont trouvé une prévalence annuelle de la lombalgie commune de 62,4% chez les aides-soignants. Alors que, Burgmier et al en 1988 [18] ont rapporté à partir d'une enquête transversale auprès de 5491 agents hospitaliers au CHU de Strasbourg une prévalence annuelle de la lombalgie de 6% seulement. En 1995, Smedley [16] après une étude concernant 2405 personnels infirmiers, a trouvé une prévalence annuelle de 45 %. En 2000, Ando et al [19] ont révélé dans une population de 314 personnels hospitaliers au Japon, une prévalence annuelle de la lombalgie de 54,7 %. Cette divergence des taux de prévalence rapportés dans la littérature

s'expliquerait par la grande hétérogénéité méthodologique utilisée pour l'évaluation de la lombalgie commune. Tenant compte de cela elle apparaît comme un véritable problème en milieu professionnel.

Age

L'âge moyen des lombalgiques dans notre étude était de $42,69 \pm 9,77$ ans avec des extrêmes de 20 et 65 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des personnels soignants âgés de 30 à 49 ans (63,9%). Ces résultats étaient similaires à ceux rapportés dans la littérature, notamment ceux dans l'étude de CAILLARD et al en Tunisie en 2012 et DIATTA et al au Sénégal en 2018 rapportaient respectivement une fréquence élevée de 37,7% et 52,7% des cas de lombalgie commune chez le personnel hospitaliers dans la tranche d'âge de 30 à 49 ans [20,14]. Cette fréquence élevée de la lombalgie commune chez les jeunes personnels soignants 30-49 ans pourrait s'expliquer par la forte représentativité de cette tranche d'âge parmi la population active, mais également de leur ardeur au travail et leur générosité dans l'effort ; ce qui contraste avec les facteurs de risque présents chez les personnels âgés, à savoir l'apparition des phénomènes dégénératifs et la diminution progressive de la résistance au travail avec l'âge. Mais cette diminution chez les personnes âgées pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y ait pas suffisamment de personnes étudiées en regard des sujets jeunes et/ou par le fait que les personnes d'un certain âge se ménagent beaucoup plus que les jeunes. Il faut noter que la lombalgie commune chez le personnel soignant s'exprime de plus en plus fréquemment au sein des populations jeunes, comme le confirme la littérature [11, 21].

Sexe

La prédominance féminine semble être classique dans la littérature. Au Sénégal, l'étude de DIATTA et al [14] sur 189 personnels de santé a rapporté une prévalence de lombalgie commune chez 82% (n=155) des femmes contre 18 % d'hommes (n=34). Notre étude a rapporté une prédominance féminine (76%). Elle a été également observée au Togo (51 cas) Fianyo E et al [22] chez le personnel soignant à Lomé (Togo)]. Des études épidémiologiques ont montré de façon concordante que le risque de survenue de la lombalgie commune était plus élevé chez la femme que chez l'homme [11,23]. Cela s'expliquerait essentiellement par la prépondérance féminine de la pathologie rachidienne lombaire mécanique en milieu hospitalier comme rapportait Bilekot et al en 1992 [23] et Ntsiba et al en 2009 au Congo [8], aussi par l'association de facteurs biologiques, psychologiques, et socio-professionnels [24] et en partie par le manque de masse musculaire importante, l'hyperlordose lombaire physiologique et pour certains auteurs la notion de double charge de travail (maison et hôpital) [11].

Statut matrimonial

Le statut matrimonial varie d'une étude à une autre. Si dans notre étude la lombalgie commune prédominait chez les célibataires, dans la série de Ntsiba et al [8], réalisée dans le service de rhumatologie du CHU-B, elle prédominait chez les mariés, il en était de même dans la série de Lefèvre-Colau et al en France [24]. Cette variation s'explique par la différence de la population étudiée à savoir personnel soignant dans notre étude et patients dans l'étude de Ntsiba et celle de Lefèvre.

Catégorie professionnelle

La profession infirmière, dans notre étude, était la plus touchée par la lombalgie, elle représentait 72,1% (n=80) du personnel soignant présentant une lombalgie commune. Cette fréquence élevée de lombalgies chez les infirmières peut s'expliquer par la charge de travail importante et les conditions de travail difficiles. Telles que les stations debout prolongées, les postures contraignantes répétées penchées en avant, les transferts manuels des charges lourdes, les torsions et les flexions fréquentes, identifiées chez les infirmiers comme des facteurs de risque physiques de surmenage lombaire, comme décrit par Walsh et al en 1991 [25].

L'activité sportive

Notre étude confirme l'impact négatif de la sédentarité sur la survenue de la lombalgie commune. Nous avons noté 82% (n=91) des lombalgiques étaient sédentaires. Nos résultats rejoignent ceux de Ntsiba et al au Congo [8] qui rapportait l'impact négatif de la sédentarité dans la survenue de la lombalgie commune. L'effet bénéfique du sport dans la protection contre la lombalgie a été rapporté dans la littérature [26]. La place du sport au cours de la lombalgie est contre versée dans la littérature. Plusieurs tendances ont rapporté que le sport intense est un facteur de risque de survenue de la lombalgie commune, Dans l'étude de Lee et al de 2018, il a même été prouvé une amélioration des contractures paravertébrales après un mini programme de footing durant quatre semaines. Demblans-Dechens et al, Fanello et al en revanche ont montré un avis contraire [27,28].

Aspects cliniques

Caractéristiques de la douleur

La lombalgie chez le soignant se présente dans 96,4% des cas, comme une douleur du bas du dos en barre ou fixe. Elle s'accompagne rarement d'une irradiation radiculaire retrouvée que dans 3,6% des cas dans notre série. L'intensité est le plus souvent modérée, expliquant la poursuite des activités professionnelles par les soignants. Tout comme rapporté par Ntsiba et al [8] elle évolue chez les soignants sur un mode chronique presque exclusivement 93,7% des cas. La persistance des facteurs professionnels de surmenage lombaire semble être l'élément principal de cette évolution chronique.

Facteurs déclenchants

La lombalgie chez les soignants était rarement de survenue spontanée. Elle était provoquée principalement par le changement de position brusque notamment le passage de la position assise à debout, témoignant ainsi de l'importance des mouvements de redressement à répétition effectués par le personnel lors de l'exercice de sa profession. La manutention de charge était le deuxième facteur déclenchant rapporté par les soignants, également retrouvé par Ntsiba et al [8]. Les sollicitations physiques répétées et permanentes sur le lieu de travail sont associées à une augmentation de la fréquence des lombalgies. Waddell et al dans leur revue de synthèse, montrent que la demande physique importante au travail (porter des charges manuellement, soulever, se pencher, les mouvements répétés en rotation) est un facteur de risque pour l'incidence (début) de la lombalgie et cela avec un fort niveau de preuve scientifique [29,30].

Données anthropométriques

La relation entre la lombalgie commune et la surcharge pondérale a été fréquemment évoquée dans la littérature. Notre étude ne faisait pas exception car 77,5 % (n=86) des lombalgiques avaient un excès pondéral. D'autres auteurs ont confirmé dans une moindre mesure cette observation. Il s'agit de Burgmeier et al et de Bejia et al en 2005 en Tunisie [18, 10] et Diatta en 2018 au Sénégal [14]. L'IMC moyen dans notre série était de 27,1±3,28 Kg/m² avec des extrêmes de 19,6 à 36,7 Kg/m². L'obésité est un facteur de risque de douleurs de l'appareil locomoteur, aussi bien aux membres pelviens, qu'au tronc voire au rachis. Récemment une méta-analyse a permis de montrer que l'obésité était un facteur de risque de présence, de déclenchement et de passage à la chronicité d'une lombalgie [31], notamment quand l'index de masse corporelle (IMC) était > 30 kg/m². Cette association est d'autant plus forte qu'il s'agit de femmes. Toutefois, l'IMC ne semble pas prédictif de la réponse à un protocole d'exercices physiques chez le lombalgique d'après Florence Doury-Panchout et al [32].

Indice de Schöber

L'indice de Schöber était normal ≥ 15 cm chez la majorité de personnel soignant dans 85,6% des cas (n=95). Ces données sont différentes de celles de Mijiyawa et al [33] au Togo qui trouvait un indice anormal chez 59% des patients. Elle pourrait résulter de l'hyperlordose qui caractérise le rachis lombaire du sujet africain, responsable d'une compensation du segment sous pelvien lors de la flexion ventrale du tronc, réduisant ainsi la valeur sémiologique de raideur du rachis mesurée par l'indice de Schöber. L'élaboration d'un test prenant en compte la particularité de ce trouble de la statique pourrait pallier à cette insuffisance chez l'africain.

Aspects radiologiques

Les explorations radiographiques effectuées chez 33 soignants consentants ont objectivé une prédominance de discopathie dégénérative. En Afrique sub-saharienne la discopathie dégénérative constitue la principale lésion morphologique objectivée comme rapportée par Ntsiba et al au Congo, Mijiyawa et al au Togo, Avimadje et al au Bénin et Leleu et al en Côte d'Ivoire ont tous noté l'importance des atteintes dégénératives du rachis lombaire en Afrique [8,33,34,35]. L'atteinte discale s'explique par le rôle physiologique du disque intervertébral d'amortisseur des charges et contraintes mécaniques lombaires.

Aspects thérapeutiques

Le traitement des soignants lombalgiques était principalement médical, c'était le cas dans 91%. Les AINS étaient les principales molécules prises au long cours par les soignants en dépit des risques iatrogènes. Leur fort pouvoir antalgique semble en être la principale raison. Il peut également exister un biais de prescription comme identifié par Lamini [36] et al dans leur étude CAP sur la douleur rhumatismale chez les soignants en effet les AINS apparaissent comme la principale molécule prescrite. L'association traitement médicamenteux (AINS et myorelaxant) et la rééducation fonctionnelle (kinésithérapie) était le protocole thérapeutique médical privilégié dans le traitement de la lombalgie commune chez le personnel de soignant. Nos données sont conformes à celles de Ntsiba et al. en 2009[8], qui rapportaient le traitement médicamenteux associé à la rééducation fonctionnelle étaient la modalité thérapeutique.

Mode et durée d'évolution

Le mode évolutif dans notre série était aigu dans 6,3% des cas et chronique dans 93,7 % des cas. Ces résultats rejoignent ceux de Ntsiba et al en 2009, qui avait retrouvé 10,26% de cas de lombalgie aiguë et 89,74% de cas de lombalgie chronique [8]. Dans notre étude, la durée d'évolution de la douleur était de $87,8 \pm 62,64$ mois en moyenne, avec des extrêmes de 1 mois et de 153 mois. Nos résultats sont très différents de ceux de Mijiyawa et al [33] au Togo et de Solange et al [37] au Cameroun, rapportaient respectivement 47 mois et 12 mois. Nous signalons cependant que ces deux études se sont intéressées exclusivement aux patients souffrant de lombalgie chronique, ce qui pourrait expliquer à l'évidence les différences observées soient probablement méthodologiques : période d'étude plus courte ou plus, le choix de la population d'étude.

V. Conclusion

La lombalgie commune est une affection très fréquente en milieu hospitalier du fait des contraintes posturales lors des activités des soins. Malgré de nombreux rapports faisant état de variation de la fréquence des lombalgies chez les personnels hospitaliers à travers le monde, la lombalgie commune suscite encore plus d'intérêts en Afrique noire. Notre étude a mis en évidence une fréquence élevée de la lombalgie commune chez les soignants. Elle touche en majorité les sujets relativement jeunes entre 30-49 ans et prédomine chez la femme célibataire et les infirmiers. Le retentissement socioprofessionnel chez les soignants est important se caractérisant par de nombreux arrêts de travail, un absentéisme au poste de travail et des conflits. La lombalgie apparaît ainsi comme une maladie professionnelle en milieu de soins de santé et mérite donc d'être considérée comme telle et Des mesures préventives sont donc indispensables notamment dans les pays en développement.

Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Remerciements : Je remercie notre institution, le CHU qui a permis à ce que cette étude soit réalisée ainsi que les patients qui ont accepté d'assister à cette étude et à toute l'équipe du service de Rhumatologie.

Contribution des auteurs :

Angalla Affleck Romaric Lediera participé au choix du sujet, à la rédaction du protocole de recherches. Il a également œuvré à la collecte des données et à la rédaction de l'article final. **Akoli Ekoya Ondzala, Nkouala – Kidédé Daphtone Chabel, Omboumahou Bakalé Francina Eddie et Salémo Anah Précieux**, ont participé à la collecte des données, la revue de littérature.

Lamini N'Soundhat Norbert Edgard il a été le superviseur général de notre recherche, a défini la méthodologie à utiliser et aussi a participé à la lecture critique du protocole de recherches. Il a œuvré à l'analyse statistique des résultats de cette recherche et à la rédaction du manuscrit

Ntsiba Honoré et Richard Bilekoto Richard, ont participé à la lecture finale du manuscrit.

Références

- [1]. Duquesnoy B, De fontaine MC, Grardel B, Maigne JY, Simonin A, Thevenon A, et al. Définition de la lombalgie chronique. Rev Rhum. 1994 ;61(4bis) : **9S-10S**.
- [2]. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge Masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune, modalités de prescription. 2005 ; 31(5) :11-24.
- [3]. Vignier C, Brenier E, Carie S. Conséquences socioprofessionnelles des lombalgies en milieu de travail. Document pour le médecin de travail (INRS), Paris 1987 ; 29 :17-24.
- [4]. De Gaudemaris R, Blatier JF, Quinton B, Piazza E, Gallin-Martel C, et al. Analyse du risque lombalgique en milieu professionnel. Rev Epi S Pub. 986 ;34 :308-17.
- [5]. Leger D, Voisin C, Conso F. Handicaps et incidences socioéconomiques dans la pathologie lombaire commune. Techniques Appareil Locomoteur 1994 :1-8 EMC Editions 15-841-A-10.
- [6]. Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Expertise collective. Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention. Ed Inserm, Paris; 2000.
- [7]. Morris LD, Daniels KJ, Ganguli B, Louw QA. An update on the prevalence of low back pain Africa: a systematic review and meta analyses. BMC Déc. 2018;s.p.
- [8]. Ndiaye M, Mapoure NY, Dione P, Sow ML. Lombalgies chez le personnel roulant d'une entreprise publique de transport sénégalaise. CAMIP 2009 ; 4 :1-10.
- [9]. Ntsiba H, Bilekoto R, Makosso E. Lombalgie commune : à propos de 200 cas observés dans le service de rhumatologie au CHU de Brazzaville. Med Afr Noir 2009 ; 56(4) : 227-30.
- [10]. Bejia I, Younes M, Jamila HB, Khalfallah T, Ben Salem K, Touzi M et al. Prevalence and factors associated to low back pain among hospital staff. Joint Bone Spine 2005; 72: 254-9.
- [11]. Ouédraogo DD, Eti E, Daboiko J, Simon F, et al. Les lombosciatiques discales non compliquées : aspects épidémiologiques et sémiologiques chez le noir africain : à propos de 143 malades. Santé. 2007 ; 2 : 93-6.
- [12]. Bin Homaid M, Abdelmoety D, Alshareef W, Alghamdi A, Alhozali F, Alfhami N, et al. Prevalence and risk factors of low back pain among operation room of staff at a tertiary care center, Makkah, Saudi Arabia: a cross-section study. Ann of Occup and Environ Med. Déc2016; 28(1) :1.
- [13]. Awosan K.J, Yikawe SS, Oche O.M, Oboirien M. Prevalence, perception and correlates of low pain among healthcare works in tertiary health institutions in Sokoto. Med J. Déc2017; 51(4): 164-74.
- [14]. Diatta A.E.R, Cissé M, Ndiaye M. Prévalence et facteurs de risque de la lombalgie commune parmi le personnel soignant Sénégalais. Med Trav et Med Leg. 2018. 67-73.
- [15]. Hoffmann F, Stossel U, Michaelis M, Nubling M, Siegel A. Low back pain and lumbago-sciatica in nurses and a reference group of clerks: results of a comparative prevalence study in germany. Int Arch Occup Environ Health. 2002;75(234):484-90.

- [16]. Smedley J, Egger P, Cooper C. et Coggon D. Activités de manutention manuelle et risque de lombalgie. *Med Trav et Env.*1995 ; 52(34) :160-3.
- [17]. Burgmeier AC, Blindauer B, Lehmann R. Incidence. Prévalence et facteurs de risque de lombalgies hospitalières. *Med Trav.* 1987; 134:28-34.
- [18]. Ando S, Ono Y, Simaoka M, Hiruto S, Hattori Y, Hori F et al. Association of self-estimated work loads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. *Occup Environ Med* 2000;57 :211-6.
- [19]. Caillard JR, Czernichow P, Doucet E, Jamoussi S, Rebai D, Julien R, et al. Le risque lombalgique professionnel à l'hôpital. *Arch. Mal. Prof;* 48(8): 623 - 27.
- [20]. Diao ML, Diatta AER, Dieng ILM, Koulibaly A, Ndong A, Manyacka P, et al. Prévalence et facteurs associés à la lombalgie commune chez le personnel soignant à Saint – Louis (Sénégal). *Med Afr Noir.* 2021. 6801 : 24-30.
- [21]. Fianyoy E, Agbobli Y.A, Kakpovi K, Houzou P, Koffi-Tessio V.E.S, et al. Prévalence et facteurs de risque de lombalgie chez le personnel soignant à Lomé (Togo). *ESJ.* 2019 15(33): s.p.
- [22]. Bileckot R, Ntsiba H, Mbongo JA, Masson C, Bregeon C. Les affections rhumatismales observées en milieu hospitalier au Congo. *Sem HôpParis* ; 1992. 68 :282-5.
- [23]. Husky M.M, FerdousFarin, F, Compagnone P, Fermanian, C, Kovess-Masfety V. Health and Quality of Life Outcomes 2018; 16:195.
- [24]. Lefevre-colau. M-M, Fayad F, Rannou F, Fermanian J, Coriat F, Mace Y, Revel M, Poiraudeau S. Frequency and interrelations of risk factors for chronic low backpain in a primary caresitting. *PLoS ONE* 2009 ; 4(3) :48-74.
- [25]. Walsh K., CruddasM, CoggonD. Interaction de la hauteur et de la charge mécanique de la colonne vertébrale pour le développement de la lombalgie. *Scandinavian journal of work, Environement and Health.* 1991 17, 420-4.
- [26]. Lee S-P, Bailey JP, Smith JA, Barton S, Brown D, Joyce T. Adaptations of lumbarBiomechanics after four weeks of running training with minimalist footwear and technique guidance: Implications for running-related lower back pain. *Phys Ther Sport Off J Assoc Chart Physiother Sports Med.* 2018; 29:101 7.
- [27]. Demblans-Dechens B, Ayrolles C, Clément JL, LassouedS, Fournie B, Fournie A. Biomécanique lombaire et sport : l'isthomyolyse de L5. *Rev Rhum* 1988 ; (55) : 405-410.
- [28]. Fanello S, Furber A, Lecardinal S, Furber A, Roquelaure Y, Penneau-Fontbonne D. La pathologie lombaire chez les médecins : incidence, prévalence et facteurs de risque. *Concours Medical*1994;116: 2937-40.
- [29]. Waddell G, Burton AK. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: Evidence review. *Occup Med* 2001; 51(2): 129-37.
- [30]. PoiraudeauS,LefevreColau M M, FayadF, Rannou F, Revel M.lombalgies EMC-Rhum Ortho Elsevier 2004; 295–319.
- [31]. Charbotel B, Systchenko B, Ladreyt JT, Bergeret A. Evaluation de la fréquence des troubles musculosquelettiques dans une blanchisserie hospitalière. *Arch Mal Prof et Environ* 2003 ; 64 : 77-82.
- [32]. Doury-Panchout F, Fouquet B. Obésité, perte de poids et lombalgie en france.*Rev Rhum* 2016 ; 83 : 50 – 5
- [33]. Mijiyawa M, Oniankitan O, Kolani B, Koriko T. Lombalgie en consultation hospitalière à Lomé (Togo). *Rev Rhum*2000 ;67 : 914 – 20.
- [34]. Avimadje AM, Amoussou G. Facteurs de risque de la lombalgie par discopathie dégénérative lombaire au Bénin. *Synoviale*2003 ;122, 13-16.
- [35]. Leleu J, Reynaud J, Joullia M. Etiologies des lombalgies de l'adulte noir en Côte d'Ivoire (à propos de 100 observations). *Rhumatologie* 1989 ;53(9) : 111-126.
- [36]. Lamini N N E, Ndziessi G, Bileckot Retal. Connaissance et Pratiques de la prise en charge de la douleur rhumatismale dans les centres de santé intégrés de Bazzaville. *Douleur Evaluation Diagnostic Traitement* 2017 ; 18(6) : 269-273.
- [37]. Doualla M, Luma N, Eric W. Présentation clinique et radiologique de la lombalgie chronique en consultation hospitalière à Douala Cameroun. *J Afrimag Méd.* 2013 ;2(5) :83-8.

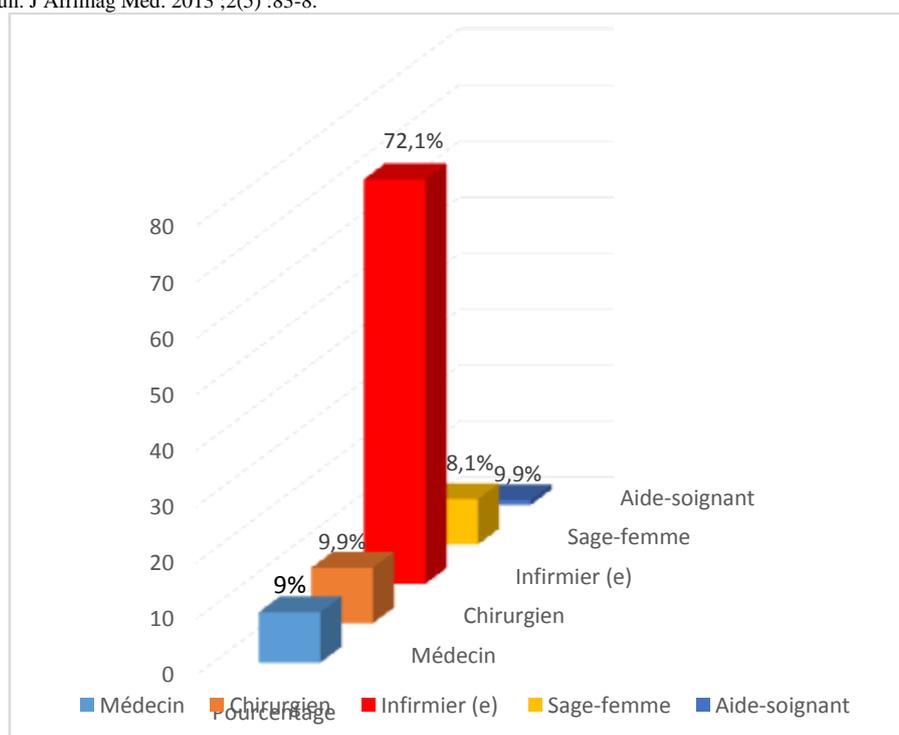


Figure 1 : Répartition des soignants selon la catégorie professionnelle
 Tableau I : Répartition du personnel soignant lombalgique selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	55	49,5
Marié	37	33,3
Union libre	14	12,6
Veuf (ve)	3	2,7
Divorcé	2	1,8
Total	111	100,0

Figure 2 : Répartition du personnel soignant lombalgique selon le score d'EIFEL

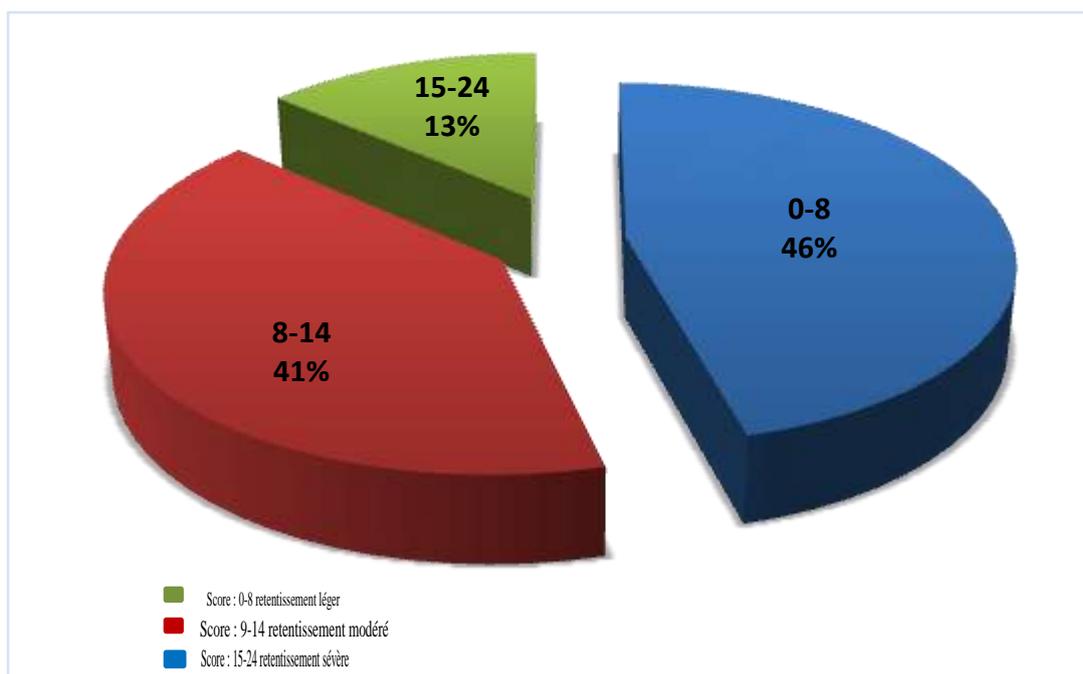


Tableau II : Répartition des personnels soignants lombalgiques selon les anomalies radiographiques observées

Variable	Effectif	Pourcentage
Pathologies radiologiques retrouvées		
Discopathie dégénérative	18	72,1
Canal lombaire rétréci	11	44,0
Arthrose inter apophysaire postérieure	9	36,0
Scoliose	3	12,0
Spondylolisthésis de L4-L5 type I	2	8,0

Certains personnels soignants pouvaient présenter plusieurs anomalies radiologiques

Angalla Affleck Romaric Ledier, et. al. "Lombalgie commune chez le personnel soignant au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 22(1), 2023, pp. 18-25.