

L'omnipraticien et le patient souffrant de lombalgie

DE TOUT TEMPS, les médecins de famille ont reçu en consultation dans leur cabinet, en CLSC ou à l'urgence, des patients souffrant de lombalgie aiguë. En fait, rares sont les semaines sans un patient invoquant un tel motif de consultation. Or, plusieurs médecins semblent hésitants face à ces personnes, soit par crainte de ne pas dépister les rares cas qui nécessitent des soins urgents, soit parce qu'ils croient n'avoir que peu à offrir à celles dont la lésion leur paraît banale ou mineure.

Au cours des dix dernières années, les auteurs des divers guides de pratique clinique sur la lombalgie ont tous souligné le rôle primordial de l'omnipraticien dans le diagnostic et le traitement des maux de dos. Des recherches récentes montrent même que l'approche et l'attitude du médecin au cours de la première consultation peuvent jouer un rôle déterminant dans l'évolution de l'état fonctionnel du patient.

Ce numéro thématique sur la **lombalgie aiguë et subaiguë** vise à aider les médecins de première ligne à perfectionner leurs habiletés cliniques



Agrément. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses activités de formation continue, dont *Le Médecin du Québec*, sont agréées par le Collège des médecins du Québec. Tous les articles de cette section sont révisés par le comité de rédaction scientifique.

Post-test. Chaque mois, dans *Le Médecin du Québec*, vous trouverez à la fin de la section de formation médicale continue un post-test composé d'un maximum de 10 questions à réponse unique. Veuillez inscrire vos réponses sur le coupon au verso de la page de questions et le retourner à la FMOQ. **Trois heures** de crédits de formation de catégorie 1 seront accordées aux médecins qui auront obtenu une note de passage de **60 %**. (Aucun crédit ne sera accordé au-dessous de cette note.) N'encerclez qu'**une seule** réponse par question. Les réponses seront publiées deux mois plus tard à la fin de la section avec les références.



et à bien intégrer, dans leur approche, les recommandations des guides de pratique. Pour ce faire, nous vous présentons quatre cas cliniques, fictifs certes, mais auxquels vous pourriez tous associer un patient bien réel. À la fin de chacun des articles, vous verrez l'évolution de leur tableau clinique et pourrez suivre l'application des recommandations.

Les médecins qui ont exprimé leurs besoins de formation en la matière ont souvent demandé à revoir les éléments essentiels de l'entrevue et de l'examen physique. Cette demande est d'autant plus pertinente, lorsqu'on sait que le médecin peut, sans crainte de commettre une erreur, reconnaître tous les cas plus graves par le seul recours à une anamnèse et à un examen physique bien faits, comme l'explique et l'illustre le premier article.

Que faut-il faire et dire à la première consultation ? Le deuxième article explique comment le rôle du médecin de première ligne peut être déterminant dans l'évolution du tableau clinique et de l'état fonctionnel du patient. Nous verrons ensuite, dans le troisième article, quand, comment et pourquoi prescrire des traitements de physiothérapie aux patients souffrant de lombalgie.

La médecine est un art et une science. Nous avons tous connu des patients qui demeuraient souffrants et non fonctionnels malgré les traitements. Aurions-nous pu prédire lesquels ? L'expérience clinique, c'est-à-dire « l'art de la médecine », nous permet parfois de penser, dès la première consultation, qu'un patient n'évoluera pas comme nous le souhaiterions. La « science médicale » a aussi des outils pour déceler ces patients présentant un plus grand risque de chronicité. Nous vous les expliquons.

Dans le monde entier, les chercheurs qui s'intéressent à la question des maux de dos chroniques parlent de facteurs de risque biopsychosociaux. Qu'entend-on par cette expression à la mode ? Encore faut-il pouvoir intervenir pour diminuer ce risque de chronicité. Nous tenterons donc d'éclaircir votre rôle à ce stade d'évolution en insistant sur la nécessité d'utiliser une approche fonctionnelle, plutôt que centrée uniquement sur la lésion du patient.

Vous trouverez à la page suivante un préambule, dans lequel nous vous présentons le motif de consultation de ces quatre patients fictifs dont vous suivrez l'évolution tout au long des articles.

Nous souhaitons que la lecture de ce numéro thématique et les outils qui l'accompagnent aident vos patients à « tourner le dos à la lombalgie ».

Dr Alain Neveu, Montréal