

Mots clés :

Lombalgie
aigüe
Thérapies
complé-
mentaires

Médecins et patients face aux lombalgies aiguës

La prise en charge des lombalgies et lombosciatiques aiguës a fait l'objet de recommandations (RPC) très concordantes au niveau international (Europe, US, UK, Australie). Pourtant de nombreuses études (*Bibliomed 211 et 212, 1-4*) ont montré des écarts importants entre ces RPC et le comportement des généralistes. Quelles sont les raisons de ces différences ? Méconnaissance des RPC, croyances des médecins, attentes et croyances des patients, particularités des lombalgies ? Plusieurs études apportent des réponses¹⁻⁴. Quelles solutions alors proposer, en direction des médecins ou des patients ?

Généralistes et recommandations : des écarts

Plusieurs études apportent des données sur ce point :
L'imagerie en première intention, conseillée pour les seuls 5 à 10% de patients suspects d'une lombalgie symptomatique, était pratiquée pour 24%, 20%, 25% des patients de 3 études (182 français^{in Bibliomed 211}, 2187 anglais¹, 3533 australiens³).
Le conseil de rester actif plutôt que le repos au lit était peu respecté dans deux études^{in Bibliomed 211}, et posait problème dans une étude qualitative anglaise².
Parmi les antalgiques, les AINS dominent (36 à 70% selon les études), les opioïdes venant au second rang, le paracétamol ne venant qu'ensuite, et prescrit très souvent à une dose suboptimale³.
L'information et l'éducation du patient ne semblent être pratiquées qu'en direction de 20% des patients dans deux études^{1,3}.

Les particularités de la pratique généraliste expliquent en partie ces écarts.

La pratique généraliste est largement centrée sur le patient, ceci quelque soit le mode de rémunération, avec toujours le souhait de ne pas contrarier les attentes du patient, de maintenir une bonne relation avec lui. Cela peut expliquer les problèmes rencontrés pour le maintien de l'activité, et l'abstention d'examen radiologique². On peut également se demander une certaine dévalorisation du paracétamol, médicament de libre accès sans publicité face aux AINS très médicalisés, n'a pas une part d'explication.

Que conclure pour notre pratique ?

Les écarts sont fréquents entre RPC et comportement des généralistes, particulièrement pour la prescription de l'imagerie à la phase aiguë, le choix des antalgiques, les conseils du maintien d'une certaine activité et le mode d'information du patient.

Ces écarts sont souvent motivés par le désir de respecter le patient et ses attentes, particulièrement ici avec l'importance des facteurs psychosociaux. Mais *il faut se souvenir qu'il y a souvent un écart entre les attentes des patients et l'idée que s'en font les médecins* (*Médecine 2007; 3(10):456-61*).

Cependant chez certains travailleurs manuels, le conseil des RPC sur l'activité doit être nuancé. Envisager un changement de travail et rester actif (prudemment) dans la vie quotidienne semble une voie raisonnable⁷.

En pratique, l'information du patient est facilement réalisable sur le plan individuel et les données sur bénéfices et risques sont simples à expliquer⁶.

Sur le plan collectif l'analyse en petit groupe des situations rencontrées est sans doute la meilleure voie à explorer, dans l'optique de l'EPP et du DPC.

Les spécificités de la lombalgie jouent un rôle

La lombalgie est une maladie particulière, symptôme plus que maladie, "*an illness in search of a disease*"⁴. Aucune anomalie physique n'a prouvé sa responsabilité, par contre beaucoup de données suggèrent que les facteurs psychosociaux peuvent jouer un rôle déterminant. Les anomalies radiologiques trouvées sont courantes chez les gens en bonne santé. Il n'y a pas de traitement spécifique. La chirurgie d'une hernie discale peut être bénéfique, mais aussi l'abstention. Aucun des traitements efficaces, AINS ou autre, n'est lié à une action spécifique. Cela est le cas de 75 à 85% des cas vus par le généraliste, mais seulement 50% des cas vus par les spécialistes, expliquant les différences de comportement entre les deux⁴.

Quelles propositions pour réduire ces écarts ?

L'implémentation des RPC est problématique, avec échec fréquent de la publication associée à une brève information². Des visites éducationnelles interactives ont échoué dans une étude, les généralistes acceptant les RPC mais se sentant devoir tenir compte des attentes, réelles ou supposées, des patients¹. Des actions en direction de la population ont été tentées, en raison du rôle important joué par les attentes et croyances des patients. Une action dans un état australien, avec un état témoin a montré un bénéfice sur les croyances du public, en particulier sur la possibilité et l'intérêt de rester actif dans les lombalgies et l'inutilité de l'imagerie à la phase initiale⁶.

Références :

- 1- Dey P et al. Implémentation of a RCGP guidelines for acute low back pain : a cluster randomised trial. *Br J Gen Pract* 2004;54:
- 2- Corbett M. GP attitudes and self reported behaviour in primary care consultations and low back pain. *Fam Pract.* 2009;26:359-64
- 3- Williams CM et al. Low back pain and best practice care. *Arch Int Med* 2010;170(3):271-7
- 4- Deyo RA. Diagnostic evaluation of LBP. Reaching a specific diagnosis is often impossible.
- 5- Collectif. Lombalgie aiguë : l'imagerie est-elle nécessaire d'emblée. *Bibliomed* 2009,553
- 6- Buchbinder R et al. Population based intervention to change back pain beliefs and disability : three year follow up population survey. *BMJ* 2004;328:321
- 7- Wedderkop N, Leboeuf-Yde C. Preventing back pain. Advice to stay active may not be appropriate for people in manual jobs. *BMJ* 2008;336:398