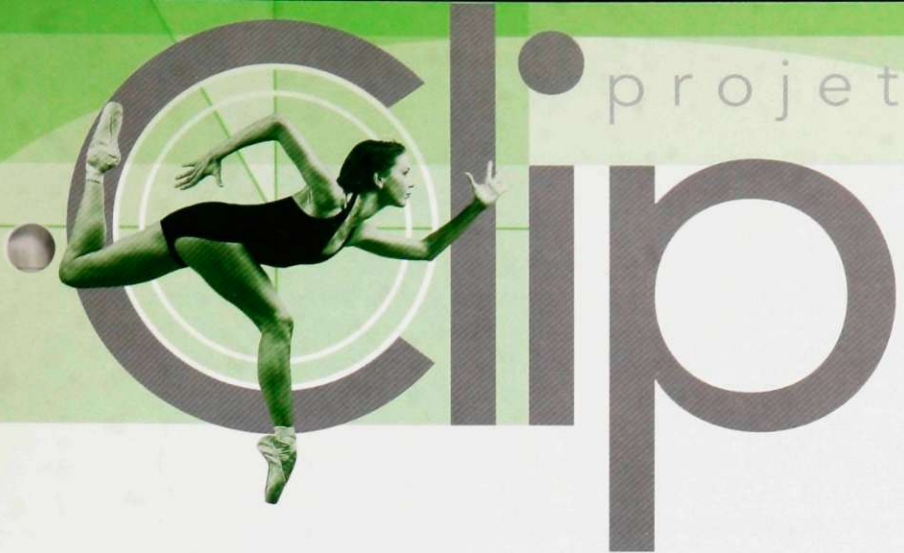




L'approche thérapeutique du patient lombalgique

Les principes de prise en charge du module 2

- 2.1 Sur l'information et les fausses croyances.
- 2.2 Sur l'encouragement à demeurer actif.
- 2.3 Sur les traitements efficaces.
- 2.4 Sur la réorientation des soins entre 4 et 12 semaines.

Les principes de prise en charge sont traduits et adaptés du guide de pratique clinique de la faculté de médecine du travail de Londres, Royaume-Uni (Carter et al., 2000). La mise à jour de ces recommandations est prévue pour 2005. Des références ont été ajoutées afin de tenir compte des plus récentes connaissances dans les différents domaines couverts.

Les niveaux de preuve

Les recommandations sont basées sur quatre niveaux de preuve scientifique en fonction des études qui les soutiennent.

Élevé :

basé sur les résultats de plusieurs études de bonne qualité qui sont cohérents entre eux.

Moyen :

basé sur les résultats d'études de moins bonne qualité et notamment à effectifs faibles qui sont cohérents entre eux.

Faible :

basé sur les résultats d'une seule étude ou des résultats de plusieurs études incohérents entre eux.

Absence de preuve :

basé sur des études sans groupe de comparaison, des considérations théoriques ou un consensus d'experts.

Référence : Carter JT, Birrell LN (Ed.). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work – principal recommendations. London: Faculty of Occupational Medicine. 2000. <http://www.rcgp.org.uk/clinspec/guidelines/backpain/>

WE
720
P964
2005
V.2



Principe 2.1

L'information et les fausses croyances.

Énoncé

Expliquer la lombalgie au patient, c'est-à-dire
(1) fournir au patient lombalgique l'information essentielle, cohérente et accessible sur sa condition, et
(2) corriger au besoin les fausses croyances comme de devoir attendre d'être asymptomatique avant de pouvoir retourner à ses activités habituelles incluant le travail.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

L'importance de la qualité de l'information à donner aux patients lombalgiques dès la première consultation et à chaque visite par la suite, est un intérêt relativement récent. Un travail de revue systématique des données probantes sur ce sujet est actuellement en cours dans le groupe international Cochrane sur la lombalgie. Deux études concordantes sur le sujet ont montré que l'information essentielle, cohérente et accessible peut avoir un impact positif sur la récupération du patient (Burton et al., 1999, Little P et al., 2001). L'information essentielle est celle qui véhicule un nombre limité (trois à cinq) de messages clairs. L'information cohérente c'est le message verbal du clinicien qui est plus efficace lorsque accompagné d'un document écrit qui véhicule un message identique. Enfin l'information est dite accessible lorsque adaptée au patient et à son état de santé.

Interprétation

L'information au patient est très importante dans les lombalgies parce qu'elle permet au patient de comprendre l'enjeu thérapeutique et de s'impliquer dans sa récupération fonctionnelle. L'information peut être une arme à double tranchant puisque des informations incohérentes ou de mauvaise qualité peuvent aller à l'encontre du bien-être du patient et retarder le retour aux activités normales et au travail. A cet égard, deux études réalisées à trois ans d'intervalle ont montré la mauvaise qualité persistante de l'information dans 90% des sites Internet (en langue anglaise) sur les lombalgies (Li L et al., 2001, Butler L et al., 2003). Les patients ayant accès actuellement à des dizaines de milliers de sites Internet sur les lombalgies seulement, le rôle du clinicien devient très important dans le domaine de l'information et notamment pour corriger les fausses croyances.

Plusieurs outils ont été développés pour donner une information validée aux patients lombalgiques. Les travaux de Burton ont donné lieu à la publication du Back Book en 2002. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en a fait une adaptation, Tournez le dos à la lombalgie, qui est également disponible sur Internet. Ce sont deux exemples, en anglais et en français, qui, respectant l'esprit des guides de pratique clinique, ont contribué à rendre l'information plus cohérente entre les cliniciens et à améliorer l'accès des patients à une information de qualité.

Bibliographie (articles disponibles sur demande)

Burton AK, Waddell G, Tillotson MK, Summerton N. "Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: a randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care". *Spine* 1999;24:2484-91.

Burton K. *The Back Book*, 2ème édition. 2002.
<http://www.hse.gov.uk/msd/backpain/info.htm>.

Butler L, Foster NE. "Back pain online: a cross-sectional survey of the quality of Web-based information on low back pain". *Spine* 2003;28:395-401.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « Tournez le dos à la lombalgie: mieux comprendre pour mieux guérir ». Trousse d'information destinée aux patients lombalgiques. Montréal 2000. *Le Médecin du Québec*, 2003; 38: p.87. http://www.fmoq.org/medecin_du_quebec/medecin_du_quebec.htm.

Li L, Irvin E, Guzman J, Bombardier C. "Surfing for back pain patients: the nature and quality of back pain information on the Internet". *Spine* 2001; 26: 545-7.

Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, Chapman J. "Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain". *Spine* 2001;26:2065-72.

Soumettez vos commentaires

www.santepub-mtl.qc.ca/clip

1. Tous sont invités à utiliser le formulaire en ligne pour soumettre vos commentaires et réflexions sur le principe 2.1 de prise en charge du patient lombalgique. Ceux-ci seront ajoutés à une synthèse générale qui sera envoyée à tous les participants.
2. Vous pouvez aussi partager en ligne vos réflexions avec le groupe. Affichez vos commentaires et répondez aux commentaires déjà affichés dans le groupe de discussion.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

Principe 2.2

L'encouragement à demeurer actif.

Énoncé

Le clinicien devrait encourager son patient à poursuivre ou à reprendre graduellement ses activités quotidiennes aussi normalement que possible même si la lombalgie persiste.

Niveau de preuve à l'appui

Élevé

C'est à Richard Deyo que l'on doit la publication en 1986 d'un des premiers essais cliniques randomisés montrant la supériorité de l'encouragement à demeurer actif à la prescription de repos au lit. A ce jour, les données probantes soutenues par plusieurs études de qualité, corroborent ces premiers résultats (Hagen et al., 2002, Werneke, 2003). Le qualificatif d'*élevé* attribué au niveau de preuve vient de la convergence des résultats d'études en apparence disparates mais qui, sans jamais démentir le principe de demeurer actif, en illustrent différentes facettes. La recommandation de rester actif autant que possible demeure à l'heure actuelle la plus unanimement respectée scientifiquement et cliniquement dans le monde entier.

Interprétation

Le patient à qui le clinicien conseille de poursuivre ou reprendre ses activités quotidiennes et d'éviter le repos au lit autant que possible, récupère plus rapidement et a moins de rechutes ultérieurement que le patient à qui on laisse la douleur guider la reprise des activités. Même si cette recommandation au clinicien est la plus unanime dans les textes de guides de pratique clinique sur les lombalgies à travers le monde, Staal et al. ont noté qu'en général les guides de pratique sont peu éloquents pour expliquer comment le clinicien peut rencontrer cet objectif thérapeutique avec son patient. Une autre critique qui a été formulée à l'égard de cette recommandation est son manque de sensibilité au contexte particulier de chaque patient ce qui rend la tâche du clinicien difficile.

La cohérence du message au patient d'une visite à l'autre et entre les cliniciens, pourrait être le paramètre le plus important dans l'implantation du principe 2.2. L'encouragement à demeurer actif est une recommandation qui est subordonnée à l'information au patient et la correction des fausses croyances (principe 2.1) et s'y intègre lorsque vient le temps de communiquer au patient cet objectif thérapeutique. La participation du patient dans sa propre prise en charge n'est pas seulement un objectif, c'est aussi un paramètre pour suivre l'évolution du patient qui peut être mesuré à l'aide d'outils présentés au module 1.3.

Bibliographie (articles disponibles sur cernance)

Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. "How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial" *N Engl J Med* 1986; 315(17):1064-1070

Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. "The cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica" *Spine* 2002; 27(16):1736-1741

Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW, Waddell G, Burton AK, Koes BW et al. "Occupational health guidelines for the management of low back pain an international comparison" *Occup Environ Med* 2003; 60(9):618-626

Soumettez vos commentaires

www.santepub-mtl.qc.ca/clip

1. Tous sont invités à utiliser le formulaire en ligne pour soumettre vos commentaires et réflexions sur le principe 2.2 de prise en charge du patient lombalgique. Ceux-ci seront ajoutés à une synthèse générale qui sera envoyée à tous les participants
2. Vous pouvez aussi partager en ligne vos réflexions avec le groupe. Affichez vos commentaires et répondez aux commentaires déjà affichés dans le groupe de discussion

Principe 2.3

Les traitements efficaces.

Énoncé

Le clinicien devrait utiliser en priorité des traitements dont l'efficacité a été démontrée.

Niveau de preuve à l'appui

Variable selon les traitements

De nombreuses interventions ont été proposées pour traiter les lombalgies. Au cours des dernières années des efforts de recherche importants ont été déployés pour évaluer de façon rigoureuse les interventions les plus couramment utilisées. Les synthèses de ces études du type Cochrane ou méta-analyse les plus à jour ont été compilées pour réaliser les tableaux 2.3.1, 2.3.2 et 2.3.3 qui classe les modalités thérapeutiques selon leur niveau de preuve scientifique dans les trois stades de la lombalgie, aiguë (0-4 semaines), subaiguë (4-12 semaines) et chronique (12 semaines et plus).

Interprétation

Pour chacune des modalités les mentions « recommandé », « non recommandé » et « absence de recommandation », sont spécifiées. La construction des tableaux exige une certaine interprétation des documents source et c'est pourquoi il demeure nécessaire de s'y référer directement pour comprendre le sens et la portée des recommandations. Les méthodes d'application clinique peuvent beaucoup varier entre les études et les conclusions peuvent avoir différentes significations dans différents contextes cliniques.

Par ailleurs, il y a encore beaucoup de traitements pour lesquels il n'existe aucune preuve d'efficacité, ce qui ne permet pas de recommander ni de déconseiller un type d'intervention. Le manque de preuve scientifique n'est pas forcément un discrédit. Toutefois, l'utilisateur doit être conscient que le manque de preuve pourrait aussi signifier un manque d'efficacité.

Soumettez vos commentaires

www.santepub-mtl.qc.ca/clip

1. Tous sont invités à utiliser le formulaire en ligne pour soumettre vos commentaires et réflexions sur le principe 2.3 de prise en charge du patient lombalgique. Ceux-ci seront ajoutés à une synthèse générale qui sera envoyée à tous les participants.
2. Vous pouvez aussi partager en ligne vos réflexions avec le groupe. Affichez vos commentaires et répondez aux commentaires déjà affichés dans le groupe de discussion.

Tableau 2.3.1 Conclusion des revues sur l'efficacité des traitements conservateurs : 0 - 4 semaines (aiguë)

Librairie Cochrane, guides de pratique clinique, revues systématiques et méta-analyses
Mise à jour : décembre 2004

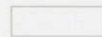
Niveau d'évidence scientifique			
Élevé (niveau A)	Modéré (niveau B)	Faible (niveau C)	Absence (niveau D)
Anti-inflammatoires non stéroïdiens : ↓ efficace pour douleurs (van Tulder 2000 a, 2004 c)	Manipulations : • plus efficace que placebo (van Tulder 2000) • plus efficace que mobilisation pour diminuer la douleur à court terme (Bronfort 2004) • pas plus efficace que traitement conservateur (Assendelf 2003, Cherkin 2003)	Anti-inflammatoires stéroïdiens (van Tulder 2000 a)	Acupuncture (van Tulder 2004 e)
Relaxants musculaires : efficaces, effets secondaires potentiels (van Tulder 2000 a, 2004 b)		Infiltration épidurale (stéroïde) si douleur radiculaire : plus efficace que placebo (van Tulder, Waddell 2000 a)	Anti-dépresseur (van Tulder 2000 a)
Repos au lit : (van Tulder 2000 a, 2004 d)			Support ou ceinture lombaire (van Tulder 2000 a)
Demeurer actif : plus efficace que traitement médical conventionnel (van Tulder 2000 a, Hagen 2002)	Analgésique : pas plus efficace que anti-inflammatoires (van Tulder 2000 a)	TENS (van Tulder 2000 a, Philadelphia Panel 2001)	Agents physiques : glace, chaleur, diathermie, massage, ultrason (van Tulder 2000 a)
Exercices spécifiques au dos : pas plus efficace que traitement conventionnel ou placebo (van Tulder 2004 d)	Exercice de flexion (van Tulder 2004 d)		Infiltration épidurale (stéroïde) si pas de douleur radiculaire (van Tulder 2000 a)
Exercice d'extension (van Tulder 2004 d)	Exercice d'extension si hernie discale : Extension plus efficace que flexion (van Tulder 2004 d)	Approche McKenzie (Clare 2004, van Tulder 2004 d)	Infiltration facettaire (van Tulder 2000 a)
Exercice de renforcement : pas plus efficace que traitement inactif (van Tulder 2004 d)	Relaxant musculaires + anti-inflammatoires non stéroïdiens : Pas d'effets bénéfiques supplémentaires en combinant ces 2 médicaments (van Tulder 2004 d)		École de dos¹ (Heymans 2004)
Traction mécanique (Philadelphia panel 2001)			



approprié



non recommandable



efficacité inconnue

1. Il est difficile d'établir ce que comprend une école de dos dans les différentes études. Il y a une très grande hétérogénéité. Dans ce contexte, nous choisissons de conclure que l'efficacité est inconnue.

Tableau 2.3.2 Conclusion des revues sur l'efficacité des traitements conservateurs : 4 - 12 semaines (subaiguë)

Niveau d'évidence scientifique			
Élevé (niveau A)	Modérée (niveau B)	Faible (niveau C)	Absence (niveau D)
Demeurer actif : activation progressive avec thérapie comportementale = ↓ absence au travail et ↓ risque de chronicité (van Tulder 2000 a)	Approche McKenzie (Clare 2004, Long 2004)	Traction (Philadelphia Panel 2001)	Support lombaire (van Tulder 2001, 2004)
	Programme multidisciplinaire : efficace si intensif, avec une visite sur les lieux du travail et une composante de retour au travail (Karjalainen 2001)	Repos au lit : efficacité conflictuelle mais la majorité des auteurs consultés ne le recommandent pas (Abenhaim 2000)	TENS (Philadelphia Panel 2001)
Exercices : pas d'indication pour privilégier un type ou un autre (Philadelphia Panel 2001)		Manipulation : données conflictuelles (voir phase aiguë) (van Tulder 2000 a)	Acupuncture (van Tulder 2004 e)
			Dénervation radio-fréquentielle (Niemesto 2004)
			Agents physiques : glace, chaleur, diathermie, massage, ultrason (van Tulder 2000 a)
			Thérapie comportementale
			Infiltration épidurale : stéroïde (van Tulder, 2000 a)
			Infiltration des points gachettes : musculaires ou ligamentaires (Nelemans 2004, van Tulder 2000 a)
approprié non recommandable efficacité inconnue			

Tableau 2.3.3 Conclusion des revues sur l'efficacité des traitements conservateurs : 12 semaines et plus (chronique)

Niveau d'évidence scientifique			
Élevé (niveau A)	Modérée (niveau B)	Faible (niveau C)	Absence (niveau D)
Programme multidisciplinaire : efficace si intensif (>100 heures), avec une composante de retour au travail (van Tulder 2001; Guzman 2002; Institute for Work and Safety 2002).	Approche McKenzie (Clare 2004; Long 2004)	Massage : meilleur si combiné avec exercice et éducation (van Tulder 2001; Furlan 2002; Institute for Work and Safety 2002)	Support lombaire: (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002; van Tulder 2004)
	École de dos : efficace à court terme et en milieu de travail (van Tulder 2000, 2001; Institute for Work and Safety 2002; Heymans 2004)		TENS (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002; Philadelphia Panel 2001)
Thérapie comportementale : efficace par rapport à pas de traitement ou liste d'attente (van Tulder 2000, 2001; Institute for Work and Safety 2002)	Exercice : pas d'indication pour privilégier un type ou un autre (van Tulder 2001, 2004 d; Institute for Work and Safety 2002)	Anti-inflammatoire non-stéroïdien (van Tulder 2001, 2004 c; Institute for Work and Safety 2002)	Acupuncture (van Tulder 2001; 2004 e, Institute for Work and Safety 2002)
		Analgésique : plus efficace qu'un placebo pour la douleur et le niveau fonctionnel (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002)	Dénervation radio-fréquentielle : (Niemesto 2004)
Injection facettaire (van Tulder 2001, Nelemans 2004; Institute for Work and Safety 2002, Nelemans 2004)	Relaxants musculaires : plus efficace que placebo; effets secondaires potentiels (van Tulder 2004 b)	Traction (Philadelphia Panel 2001; Institute for Work and Safety 2002)	Manipulation (Institute for Work and Safety 2002)
Relaxants musculaires : plus efficace que placebo; effets secondaires potentiels (van Tulder 2004 b)			Repos au lit (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002)
		Ultrason thérapeutique (Philadelphia Panel 2001)	Infiltration épidurale (stéroïde) (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002)
		Antidépresseur : données conflictuelles (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002)	Infiltration des points gachettes : musculaires ou ligamentaires (van Tulder 2001; Institute for Work and Safety 2002; Nelemans 2004)
approprié non recommandable efficacité inconnue			

Bibliographie (articles disponibles sur demande)

Ahenham, L., Valat, J.P., et al (2000) "The role of activity in the therapeutic management of back pain - report of the International Paris Task Force on Back Pain" *Spine* 25 (suppl) 1-33.

Assendelft, W. J. J., S. C. Morton, et al. (2003). "Spinal manipulative therapy for low back pain: A meta-analysis of effectiveness related to others therapies." *Annals of Internal Medicine* 138(11): 871-900

Bronfort, G., M. Haas, et al. (2004) "Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: A systematic review and best practice synthesis" *Spine Journal* 4: 335-356

Cherkin, D. C., K. J. Sherman, et al. (2003) "A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain." *Annals of Internal Medicine* 138(11): 899-907

Clare, H. A., R. Adams, et al. (2004) "A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain." *Australian Journal of Physiotherapy* 50: 209-216.

Furlan, A. D., L. Brosseau, et al. (2002). "Massage for low back pain." *Cochrane Database Syst Rev*(2): CD001929.

Guzman, J., R. Esmail, et al. (2002) "Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain." *Cochrane Database Syst Rev*(1): CD000963.

Hagen, K. B., G. Hilde, et al. (2002). "The Cochrane Review of advice to stay active as single treatment for low back pain and sciatica." *Spine* 27(16): 1736-1741.

Heymans, M. W., M. W. van Tulder, et al. (2004). "Back schools for non-specific low back pain." *Cochrane Database Syst Rev* 4. www.cochrane.org

Institute for Work and Safety (2002). "An updated critical literature review on the treatment of chronic low back pain." www.iwh.on.ca.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., et al. "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults (Cochrane review)". *Spine* Volume 26 Number 3 pp 262-269

Long, A., R. Donelson, et al. (2004). "Does it matter which exercise? A randomized control trial of exercise for low back pain." *Spine* 29(23): 2593-2602

Nelemans, P. J., R. A. deBie, et al. (2004) "Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain (Cochrane review)." Chichester, UK, John Wiley & Sons.

Niemi, L. (2004) "Radiofrequency denervation for neck and back pain (Cochrane Review)." *Cochrane Database Syst Rev* 4

Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice (2001) "Philadelphia Panel of Evidence-based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation Interventions for low back pain." *Physical Therapy* 81(10): 1641-1674

van Tulder, M. W., D. C. Cherkin, et al. (2004e). "The Effectiveness of acupuncture in the management of acute and chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group." *Spine* 24(11): 1113-1123

van Tulder, M. W., R. Esmail, et al. (2000) "Back schools for non-specific low back pain." *Cochrane Database Syst Rev*(2): CD000261.

van Tulder, M. W., P. Jellema, et al. (2004). "Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group." *Cochrane Database Syst Rev* 4. www.cochrane.org.

van Tulder, M. and B. Koes (2001). "Low back pain and sciatica." *Clinical Evidence* 6: 396-412

van Tulder, M. W., A. Malmivaara, et al. (2004d). *Exercise therapy for low back pain (Cochrane review)*. Chichester, UK, John Wiley & Sons

van Tulder, M. W., R. W. Ostelo, et al. (2000) "Behavioural treatment for chronic low back pain." *Cochrane Database Syst Rev*(2): CD002014.

van Tulder, M. W., R. J. P. W. Schotten, et al. (2004c). *Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Cochrane review)*. Chichester, UK, John Wiley & Sons.

van Tulder, M. W., T. Touray, et al. (2004b). *Muscle relaxant for non-specific low-back pain (Cochrane review)*. Chichester, UK, John Wiley & Sons

van Tulder, M. W. and G. Waddell (2000a). "Conservative treatment of acute and subacute low back pain." *Neck and back pain: The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment*, A Nachenson and E. Jonsson. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. Chapter 11: 241-269

Principe 2.4

La réorientation des soins entre 4 et 12 semaines.

Énoncé

Si le patient lombalgique ne recouvre pas en tout ou en partie ses activités incluant le travail dans l'intervalle de 4 à 12 semaines de traitement, le clinicien doit informer son patient du risque élevé de chronicité et en conséquence,

- (1) réduire l'emphase sur le traitement symptomatique et
- (2) augmenter le recours aux approches de réadaptation favorisant la participation du patient dans sa prise en charge.

Niveau de preuve à l'appui

Moyen

Les preuves à l'appui concernent les principes généraux plutôt que des méthodes spécifiques (Pransky et al., 2004). Ces principes intéressent deux aspects particulièrement, la communication du risque et l'interdisciplinarité. Sur la communication du risque, l'enjeu clinique principal porte sur le partage d'une information commune entre les intervenants qui participent aux soins. Quant à l'enjeu sur le retour au travail, il repose sur la restauration des communications entre le patient et son employeur.

Sur l'interdisciplinarité, Loisel et al. (1997) ont bien démontré que l'efficacité de la prise en charge du patient qui n'a pas repris ses activités en tout ou en partie à l'approche de 12 semaines de lombalgie, repose pour 80 % sur l'évaluation et l'intervention en milieu de travail, et pour 20 % seulement sur l'approche clinique de soins. Karjalainen et al. (2001) dans leur revue systématique ont bien souligné cet aspect.

Interprétation

Dès la phase aigue de la lombalgie, les facteurs psychosociaux peuvent contribuer à maintenir le patient hors du travail. Parmi ces facteurs mentionnons la perception du patient quant à ses capacités, les stratégies de coping à la douleur, le type d'emploi et la lourdeur de la tâche. Les outils proposés aux modules 1.4 et 1.5 aident le clinicien à identifier ces facteurs.

Loisel et al. (2003) ont démontré qu'après quelques semaines d'arrêt de travail, il y a souvent rupture de la communication entre le patient et son employeur. Plusieurs études ont démontré qu'à ce stade, la communication est la clé pour éviter la chronicité (Shaw et al., 2001). Une façon pour le clinicien de faire le pont entre son patient et le milieu de travail, est de communiquer avec l'agent de la CSST pour l'informer du risque de chronicité.

Le clinicien qui perçoit de son patient qu'il n'existe pas d'alternative pour faciliter le retour au travail, doit le référer à des spécialistes en réadaptation du travail. Ces spécialistes ont les ressources pour prendre contact avec le milieu de travail et évaluer les facteurs en milieu de travail et psychosociaux qui font obstacle au retour au travail. Le clinicien demeure alors une ressource pour le patient pendant le processus de retour au travail et lors d'épisodes ultérieurs de lombalgie.



**Clinique
des Lombalgies
Interdisciplinaire en
Première ligne**

Subventionné par

l'Institut de recherche
Robert Sauvé en santé et
sécurité du travail

Réalisé sous la coordination de

Michel Rossignol de la Direction de santé
publique de Montréal en collaboration

Avec les partenaires suivants:

Direction de santé publique de Montréal

Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

Ordre professionnel de la
physiothérapie du Québec

Fédération des physiothérapeutes
en pratique privée du Québec

Ordre des ergothérapeutes du Québec

Association québécoise des
ergothérapeutes en pratique privée

Édition

Deborah Bonney

Design graphique

Paul Cloutier

Infographie

Manon Girard

Photographie

Digitalvision

Pour toute information sur le projet

Michel Rossignol
mrossign@santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux
locaux de services de santé et de
services sociaux de Montréal (2005)

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN : 2-89494-426-8 (Ensemble)

ISBN : 2-89494-442-X (Module 2)

Bibliographie (articles disponibles sur demande)

Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. "Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain in working age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group." *Spine* 2001;26:262-269.

Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, Lemaire J. "A population-based, randomized clinical trial on back pain management." *Spine* 1997;22:2911-8.

Loisel P, Durand M, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. "From evidence to community practice in work rehabilitation : the Quebec experience." *Clinical Journal of Pain* 2003;19:105-15.

Pransky GS, Shaw WS, Franche RL, Clarke A. "Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers – current models and opportunities for improvement." *Disabil Rehabil* 2004;26:625-34.

Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. "Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers." *Disabil Rehabil* 2001;23:815-28.

Soumettez vos commentaires

www.santepub-mtl.qc.ca/clip

1. Tous sont invités à utiliser le formulaire en ligne pour soumettre vos commentaires et réflexions sur le principe 2.4 de prise en charge du patient lombalgique. Ceux-ci seront ajoutés à une synthèse générale qui sera envoyée à tous les participants.
2. Vous pouvez aussi partager en ligne vos réflexions avec le groupe. Affichez vos commentaires et répondez aux commentaires déjà affichés dans le groupe de discussion.