



Prévenir l'incapacité prolongée chez votre patient souffrant de mal de dos

2

Michel Rossignol, Stéphane Poitras et Alain Neveu

M. Tremblay, manutentionnaire, se présente à sa visite de suivi. Il est absent du travail depuis plus de six semaines à la suite d'une blessure au dos. Au cours d'une consultation précédente, vous lui avez prescrit des anti-inflammatoires et des relaxants musculaires. Vous avez également autorisé son absence du travail. Comment se fait-il que votre patient ne soit toujours pas retourné à son poste ?

LES MAUX DE DOS constituent un des problèmes que les omnipraticiens voient le plus fréquemment. Les coûts qui y sont associés sont imposants. En 2006, la CSST a dû verser 509 millions de dollars¹. Heureusement, environ 80 % des patients souffrant de maux de dos récupéreront dans le premier mois, sans autre intervention. Cependant, un petit groupe de personnes développeront une incapacité prolongée et auront donc un moins bon pronostic de retour à leur activité². La littérature scientifique nous indique que l'on peut prévenir cette incapacité en agissant sur les facteurs de risque³.

Le Dr Michel Rossignol, spécialiste en santé communautaire, est médecin du travail à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et professeur agrégé au Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill, à Montréal. M. Stéphane Poitras est professeur adjoint au sein du programme de physiothérapie de l'École de réadaptation de l'Université d'Ottawa. Le Dr Alain Neveu, omnipraticien et conseiller en médecine du travail, exerce au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, à Montréal.

Quels sont les guides et que recommandent-ils ?

De nombreuses lignes directrices pour la prise en charge du mal de dos ont été créées dans le monde. Elles se concentrent toutefois sur l'efficacité des traitements individuels et non sur la prévention de l'incapacité prolongée. En 2005 et 2006, le projet Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne (CLIP) a vu le jour afin de formuler des recommandations cliniques pour la prise en charge des patients souffrant de maux de dos au Québec dans le but de prévenir l'incapacité prolongée⁴. Ce groupe, constitué de chercheurs provenant des quatre universités médicales du Québec et de cliniciens experts dans le domaine du mal de dos, a élaboré une série de recommandations cliniques en analysant systématiquement la littérature scientifique. Ces recommandations ont, par la suite, été soumises à un groupe interdisciplinaire d'une centaine de cliniciens afin d'obtenir leurs commentaires. La FMOQ ainsi que les autres ordres professionnels concernés (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et Ordre des ergothérapeutes du Québec) ont officiellement appuyé le processus

En 2005 et 2006, le projet Clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne (CLIP) a vu le jour afin d'élaborer des recommandations cliniques pour la prise en charge des patients souffrant de maux de dos au Québec dans le but de prévenir l'incapacité prolongée.

Repère

Tableau 1

Triage selon trois catégories de lombalgie⁶

A Lombalgie simple

Caractéristiques générales :

- Douleur lombaire ou lombosacrée sans composante neurologique
- Douleur « mécanique », c'est-à-dire qui varie dans le temps et selon l'activité
- Bon état général du patient

B Lombalgie avec composante neurologique

Le patient doit présenter un ou des symptômes et signes indiquant une possible composante neurologique à la lombalgie.

Symptômes

- Douleur descendant sous le genou, aussi ou plus intense que la lombalgie
- Douleur irradiant souvent aux pieds ou aux orteils
- Engourdissements ou paresthésies dans le même territoire douloureux

Signes

- Signe d'irritation radiculaire positif, comme le test d'élévation de la jambe tendue (manœuvre de Lasègue)
- Signes moteurs, sensitifs ou réflexes concordant avec l'atteinte d'une racine nerveuse

C Lombalgie pouvant être associée à une affection rachidienne grave (signes d'alarme)

Caractéristiques générales :

- Traumatisme violent (comme une chute de hauteur ou un accident de la route)
- Douleur constante, progressive et non mécanique
- Douleur thoracique ou abdominale
- Douleur nocturne non soulagée par le décubitus dorsal
- Antécédents ou possibilité de cancer, infection par le VIH ou autre maladie pouvant causer une lombalgie
- Prise prolongée de corticostéroïdes
- Perte de poids inexplicée, frissons, fièvre
- Restriction importante et persistante de la flexion lombaire
- Atteinte sensitive de la région périnéale (anesthésie en selle), incontinence urinaire d'apparition récente

Note : Le risque d'une atteinte grave peut être plus élevé avant 20 ans ou après 55 ans. Il faut porter une attention particulière aux signes et symptômes mentionnés précédemment lorsque le patient se trouve dans ces catégories d'âge.

ainsi que les lignes directrices définitives.

Les recommandations suivantes sont donc extraites du projet CLIP. Les six plus pertinentes pour l'omnipraticien ont été sélectionnées, les trois premières portant sur l'évaluation et les trois suivantes, sur la prise en charge. Au besoin, le guide complet peut être consulté au www.santepub-mtl.qc.ca/clip et aussi sur le site de la FMOQ au www.fmoq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/CLIP_LombalgiesGuide.pdf.

Quels sont les éléments clés de l'évaluation du patient souffrant d'un mal de dos dans le but de prévenir l'incapacité prolongée ?

Recommandation sur le triage

Au moment d'évaluer le patient atteint de lombalgie, le médecin devrait procéder au triage selon les trois types de lombalgie (tableau 1) afin, notamment, de dépister un problème grave nécessitant une intervention urgente ou spécialisée.

Le triage initial des patients est la recommandation la plus constante dans les différentes lignes directrices cliniques dans le monde⁶. L'objectif principal visé est de repérer les patients souffrant d'une lombalgie possible associée à une affection rachidienne grave accompagnée de signes d'alarme (catégorie C) et nécessitant, par conséquent, une évaluation médicale ou chirurgicale urgente. Quant aux patients présentant des signes et des symptômes neurologiques (catégorie B), leur évolution est statistiquement deux fois plus lente que ceux qui sont atteints de lombalgie simple (catégorie A). Si la majorité des patients de catégorie A récupéreront dans le premier mois, on peut s'attendre à ce que ceux de la catégorie B le fassent, pour la plupart, au cours des deux premiers mois.

Interprétation

Les signes d'alarme sont des indices qui doivent amener le médecin à orienter l'évaluation du patient vers la recherche d'une affection grave, qui doit être diagnostiquée sans tarder (catégorie C). Il s'agit principalement des complications lombaires d'un traumatisme grave ou d'une maladie comme le cancer. En pratique, ces complications sont rares (de 5 % à 10 % des patients en souffrent)⁷, mais il est essentiel que le médecin procède à une anamnèse et à un examen systématique afin

Tableau II**Durée des lombalgies²**

	Durée de l'incapacité	Probabilité de retour à l'activité
Lombalgie aiguë	De 0 à 4 semaines	De 80 % à 100 %
Lombalgie subaiguë	De 4 à 12 semaines	De 60 % à 80 %
Lombalgie persistante	Au-delà de 12 semaines	Moins de 60 %

de les détecter. La fiche « Prise en charge d'un patient présentant une lombalgie », qui fait partie de la trousse du programme « Tournez le dos à la lombalgie », indique tous les signes d'alarme à rechercher pour dépister ces cas rares, mais graves. Cette fiche est disponible au www.fmoq.org/FormationProfessionnelle/OutilsFormation/lombalgie.pdf.

Les signes et symptômes neurologiques chez un patient atteint de lombalgie, mais exempts de signes d'alarme (catégorie B), se résorbent le plus souvent sans intervention chirurgicale. L'orientation en spécialité ne devrait pas se faire tant que le médecin n'aura pas constaté un déficit fonctionnel persistant ou s'aggravant après une période de quatre semaines⁶. Par conséquent, à part l'observation de l'évolution des signes et des symptômes neurologiques, la prise en charge de ces patients est identique à celle des personnes souffrant de lombalgie simple (catégorie A).

Le triage peut être répété au besoin selon l'évolution de l'état du patient.

Recommandation sur l'imagerie

Pour le patient qui souffre de lombalgie simple, les examens radiologiques, tomodensitométriques ou par résonance magnétique sont rarement indiqués.

Chez les patients qui souffrent de lombalgie simple (catégorie A), les résultats des tests radiologiques, tomodensitométriques ou d'imagerie par résonance magnétique ne sont pas associés aux symptômes exprimés par le patient ni à la capacité fonctionnelle de ce dernier. van Tulder et coll. ont réalisé une revue concernant la relation entre la lombalgie simple et le résultat radiographique⁸. Ils ont conclu qu'il n'y a pas de données probantes indiquant une relation causale entre les découvertes radiographiques, notamment les changements dégénératifs, et la lombalgie simple.

Pour les deux autres types de lombalgie (catégo-

ries B et C), notamment chez les patients de plus de 55 ans, une revue de littérature récente conclut qu'une radiographie simple combinée à des tests de laboratoire suffit pour exclure une affection rachidienne grave⁷. Les tests spécialisés (comme la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique) devraient être réservés aux cas pour lesquels une intervention chirurgicale est envisagée ou une maladie générale est fortement soupçonnée.

Interprétation

Une anamnèse et un examen physique qui ne révèlent pas de signes d'alarme permettent de poser un diagnostic clinique fiable sans qu'il soit nécessaire de recourir à des techniques d'imagerie médicale.

Lorsque des examens diagnostiques spécialisés, comme la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique, sont effectués, les résultats doivent toujours être interprétés à la lumière des données cliniques. L'utilisation inutile de ces examens très sensibles va produire beaucoup de faux positifs. Le diagnostic qui en découle appose chez le patient une étiquette qui peut, en soi, contribuer à un moins bon pronostic. La sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive et négative sont disponibles dans l'article de Jarvik et coll.⁷.

Recommandation sur le pronostic de retour à l'activité

Le médecin devrait évaluer le pronostic de retour aux activités habituelles du patient à la quatrième semaine, si l'incapacité liée à la lombalgie persiste, ou dès la première consultation si le patient a des antécédents de lombalgie avec incapacité de longue durée.

La probabilité de retourner aux activités habituelles décroît avec la durée de l'incapacité liée à la lombalgie

Tableau III

Obstacles influant sur la capacité à retourner aux activités habituelles¹⁰

- Obstacles cliniques : intensité de la douleur, perception d'incapacité, perception de l'état de santé général, symptômes d'irradiation de la douleur sous le genou, antécédents de lombalgie prolongée.
- Obstacles psychosociaux : détresse psychologique, dépression, peurs et croyances, kinésiophobie (peur du mouvement), catastrophisme (exagération de la gravité de la maladie), somatisation.
- Obstacles liés au travail : satisfaction au travail, projection du patient face au retour au travail, incitatifs financiers, absence de tout type de travail.

(tableau II). L'incapacité est définie comme une réduction de la capacité d'une personne à accomplir ses activités habituelles. L'étude de la relation entre une plus longue absence du travail et une plus faible probabilité de retourner aux activités habituelles a donné des résultats reproductibles dans plusieurs pays. D'après la synthèse réalisée par Pengel et coll.², l'évolution du pronostic en fonction de la durée de la lombalgie s'applique autant au retour au travail qu'au degré d'incapacité.

Le niveau de preuve est élevé quant à la contribution de certains facteurs cliniques, psychosociaux et liés au travail dans la probabilité d'un retour aux activités habituelles. Le médecin doit trouver ces facteurs ou obstacles pour en réduire ultimement les répercussions. Il s'agit d'une des recommandations les plus constantes dans toutes les lignes directrices cliniques publiées dans le monde⁹.

Interprétation

La classification de la lombalgie en trois catégories (aiguë, subaiguë et persistante) selon la durée permet de repérer des points charnières où le médecin de-

vrait adapter sa prise en charge en fonction d'un pronostic d'incapacité prolongée qui se détériore (tableau II).

Lorsque l'incapacité persiste au-delà de **quatre semaines**, le médecin doit intensifier sa recherche des obstacles au retour aux activités habituelles ou diriger le patient vers un clinicien pouvant le faire. Dans une revue de littérature, Waddell et coll.¹⁰ ont repéré les obstacles influant grandement sur la capacité à reprendre les activités habituelles (tableau III).

Quels éléments clés de la prise en charge du patient souffrant de maux de dos permettent de prévenir l'incapacité prolongée ?

Recommandation sur la rassurance

Le médecin devrait rassurer le patient atteint de mal de dos, c'est-à-dire : 1. lui fournir l'information essentielle, cohérente, accessible et valide sur son état et 2. corriger, au besoin, les perceptions erronées.

Des études ont montré qu'une information essentielle, cohérente et accessible peut avoir un effet positif sur la récupération du patient^{11,12}. Une information essentielle doit véhiculer un nombre limité de messages clairs (de trois à cinq). Une information cohérente, c'est le message verbal du médecin accompagné d'un document écrit contenant les mêmes renseignements, ce qui en accroît l'efficacité. Enfin, l'information est dite accessible lorsqu'elle est adaptée au patient et à son état de santé.

L'information transmise au patient souffrant de lombalgie est très importante parce qu'elle permet à ce dernier de comprendre l'enjeu thérapeutique et de participer à la récupération fonctionnelle. Elle peut cependant constituer une arme à double tranchant puisque des données divergentes ou de mauvaise qualité peuvent aller à l'encontre du bien-être du patient et retarder le retour aux activités habituelles et

Le niveau de preuve est élevé quant à la contribution de certains facteurs cliniques, psychosociaux et liés au travail dans la probabilité d'un retour aux activités habituelles. Lorsque l'incapacité persiste au-delà de quatre semaines, le médecin doit chercher les obstacles au retour aux activités habituelles ou diriger le patient vers un clinicien pouvant le faire.

Repère

au travail. À cet égard, deux études menées à trois ans d'intervalle ont montré une mauvaise qualité persistante de l'information dans 90 % des sites Internet (de langue anglaise) sur les lombalgies^{13,14}. Comme les patients ont actuellement accès à des dizaines de milliers de sites Internet sur ce sujet seulement, le rôle du médecin en matière d'information devient très important, notamment pour corriger les fausses croyances et les perceptions erronées.

Interprétation

Plusieurs outils ont été mis au point pour valider l'information remise aux patients atteints de lombalgie. Les travaux de Burton ont donné lieu à la publication du *Back Book*, en 2002¹⁵. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec en a fait une adaptation sous forme d'atelier intitulé : « Tournez le dos à la lombalgie »⁵. Voilà deux exemples, en anglais et en français, qui respectent l'esprit des lignes directrices cliniques et qui ont contribué à la cohérence de l'information entre les cliniciens et à un meilleur accès des patients à des données de qualité.

Les messages clés du *Back Book* à transmettre au patient sont énumérés dans le *tableau IV*.

Recommandation sur l'activité

Le médecin devrait promouvoir et guider la poursuite ou la reprise graduelle des activités habituelles du patient.

C'est à Richard Deyo¹⁶ que l'on doit la publication, en 1986, d'un des premiers essais cliniques à répartition aléatoire montrant la supériorité de l'encouragement à demeurer actif par rapport à la prescription de repos au lit. À ce jour, les données probantes soutenues par plusieurs études de qualité corroborent ces premiers résultats¹⁷. La recommandation de rester actif autant que possible demeure, à l'heure actuelle, la plus unanimement respectée d'un point de vue scientifique dans le monde.

Interprétation

Le patient à qui le médecin conseille de poursuivre ou de reprendre ses activités habituelles, y compris le travail, et d'éviter le repos au lit autant que possible récupère plus rapidement que celui chez qui la douleur guide la reprise des activités. Même si cette re-

Tableau IV

Messages clés du Back Book¹⁵

- ☉ Rassurer le patient sur le bon pronostic général du mal de dos.
- ☉ Rassurer le patient sur la rareté d'atteintes graves à la colonne et sur l'absence de signaux d'alarme indiquant une telle atteinte.
- ☉ Rassurer le patient sur la reprise ou la poursuite des activités, notamment le travail, même en présence de symptômes.
- ☉ Éviter d'étiqueter le patient en insistant exagérément sur une atteinte spécifique de la colonne et sur ses répercussions.

commandation fait consensus dans les textes de lignes directrices cliniques sur les lombalgies, Staal et coll.¹⁸ ont noté qu'en général les lignes directrices sont peu éloquentes pour expliquer comment le médecin peut atteindre cet objectif thérapeutique avec son patient. Une autre critique formulée à l'égard de cette recommandation est son manque de sensibilité au contexte particulier de chaque patient, ce qui rend la tâche du médecin difficile. La cohérence du message livré au patient d'une visite à l'autre et d'un clinicien à l'autre pourrait être le paramètre le plus important dans la mise en œuvre de ce principe. L'encouragement à demeurer actif est une recommandation qui est subordonnée à l'information remise au patient et à la correction des perceptions erronées. Pour guider le retour au travail, des outils spécifiques permettant d'évaluer et de prendre en charge les obstacles sont disponibles, dont le *Guide et outils de maintien et de retour au travail pour les travailleurs atteints de troubles musculosquelettiques*¹⁹.

Recommandation sur les obstacles au retour à l'activité

Lorsque des obstacles individuels ou environnementaux au retour à l'activité sont repérés après la phase aiguë de lombalgie, le médecin doit réorienter la prise en charge afin de réduire ces obstacles.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la possibilité d'un retour aux activités habituelles diminue de façon importante lorsque la lombalgie

perdre. De plus, le risque de persistance des symptômes est plus élevé. Les preuves liées à la prise en charge de la lombalgie subaiguë et persistante concernent particulièrement la communication et l'aspect multidimensionnel des obstacles au retour aux activités habituelles²⁰. Sur la communication, l'enjeu clinique principal porte sur le partage d'une information commune entre les intervenants qui participent aux soins. Sur l'aspect multidimensionnel des obstacles, Karjalainen et coll.²¹ ont souligné l'importance d'agir sur les dimensions individuelles (physique et psychologique) et environnementales (sociale et liée au travail) du patient souffrant d'incapacité persistante.

Interprétation

La réorientation des soins repose sur la découverte et la prise en charge des obstacles individuels et environnementaux au retour à l'activité et sur la réduction du recours aux traitements à visée uniquement symptomatique. Lorsque le médecin voit chez un patient des obstacles au retour aux activités habituelles, il pourra adapter sa prise en charge, voire orienter rapidement son patient vers d'autres ressources (spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute ou psychologue, selon la nature et l'intensité de l'obstacle) s'il le juge utile pour éviter la chronicité. Cette réorientation peut se faire en favorisant la participation du patient dans sa prise en charge et celle des acteurs pouvant contribuer à réduire les obstacles.

Retour sur le cas de M. Tremblay

La durée de l'incapacité de M. Tremblay vous indique qu'il est susceptible d'être en absence prolongée. Vous évaluez et prenez en charge les obstacles au retour à l'activité que vous êtes en mesure de traiter, telle une possible dépression. Vous dirigez votre patient vers un ergothérapeute afin que les autres obstacles au retour à l'activité soient évalués et pris en charge, tout en vous assu-

rant que ce sera fait. Vous autorisez l'assignation temporaire de votre patient à des tâches allégées. Vous planifiez un suivi dans quatre semaines afin d'évaluer l'évolution de la situation ainsi que le retour à l'activité.

Date de réception : 10 juillet 2008

Date d'acceptation : 25 juillet 2008

Mots clés : mal de dos, incapacité prolongée, retour à l'activité

Les auteurs n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Direction de la comptabilité et de la gestion de l'informaticien. *Statistiques sur les affections vertébrales*. Montréal : Commission de la santé et de la sécurité du travail ; 2007.
2. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG et coll. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003 ; 327 (7410) : 323.
3. Shaw WS, Pransky G, Fitzgerald TE. Early prognosis for low back disability: intervention strategies for health care providers. *Disabil Rehabil* 2001 ; 23 (18) : 815-28.
4. Rossignol M, Poitras S, Dionne C et coll. An interdisciplinary guideline development process: the Clinic on low-back pain in interdisciplinary practice (CLIP) low-back pain guidelines. *Implement Sci* 2007 ; 2 : 36.
5. 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 : La Fédération ; 2000. Site Internet : www.fmqo.org/ServicesMembres/Formulaires/Documents/Lombalgie.aspx
6. Koes, BW, van Tulder MW, Ostelo R et coll. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. *Spine* 2001 ; 26 (22) : 2504-13.
7. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002 ; 137 (7) : 586-97.
8. van Tulder MW, Assendelft WJ, Koes BW et coll. Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine* 1997 ; 22 (4) : 427-34.
9. Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW et coll. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occup Environ Med* 2003 ; 60 (9) : 618-26.
10. Waddell G, Burton AK, Main CJ. *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. Londres : Royal Society of Medicine Press ; 2003.
11. Burton AK, Waddell G, Tillotson MK et coll. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: a ran-

Les études ont souligné l'importance d'agir sur les dimensions individuelles (physique et psychologique) et environnementales (sociale et liée au travail) du patient souffrant d'incapacité persistante. Lorsque le médecin voit chez un patient des obstacles au retour aux activités habituelles, il pourra adapter sa prise en charge, voire orienter rapidement son patient vers d'autres ressources s'il le juge utile pour éviter la chronicité.

Repère

domized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999 ; 24 (23) : 2484-91.

12. Little P, Roberts L, Blowers H et coll. 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 (19) : 2065-72.

13. 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 (5) : 545-57.

14. 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 (4) : 395-401.

15. Burton K et coll. *The Back Book* 2^e éd. Londres: The Stationary Office; 2002. Site Internet : www.hse.gov.uk/msd/backpain/info.htm (Date de consultation : le 15 août 2008).

16. 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) : 1064-70.

17. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G et coll. The Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Spine* 2002 ; 27 (16) : 1736-41.

18. Staal JB, Hlobil H, van Tulder MW et coll. Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occup Environ Med* 2003 ; 60 (9) : 618-26.

19. Stock S, Baril R, Dion-Hébert C et coll. Troubles musculosquelettiques. Guide et outils pour le maintien et le retour au travail. Montréal : IRSST et Direction de la santé publique ; 2005. Site Internet : www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100168.html (Date de consultation : le 15 août 2008).

20. Pransky GS, Shaw WS, Franche RL et coll. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers – Current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil* 2004 ; 26 (11) : 625-34.

21. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M et coll. 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 (3) : 262-9.

Summary

Preventing prolonged disability for your patients suffering from back pain. Only a minority of patients suffering from low-back pain will develop persistent disability. However, this minority has the poorest health outcomes. The objective of CLIP project (*Clinic on Low-Back Pain in Interdisciplinary Practice*) was to develop recommendations for low-back pain management and prevention of persistent disability. Six key recommendations are presented: 1. Clinical examination should triage patients according to 3 types; 2. Imaging is rarely indicated for patients with non-specific back pain; 3. Patient's probability of a return to usual activities should be assessed at fourth week of disability; 4. Reassure the patient suffering from back pain; 5. Encourage and guide the patient to continue or resume usual activities; 6. Identify barriers preventing the return to usual activities, then reorient treatment towards lifting those barriers.

Keywords: back pain, persistent disability, return to activity

primary 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 (3) : 262-9.

ESTRIE

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE EST À LA RECHERCHE DE MÉDECINS!

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie recherche de nouveaux médecins pour consolider son équipe. **En effet, quatre postes au plan régional d'effectifs médicaux 2008 (PREM) demeurent disponibles et treize le seront en 2009.**

De fait, l'Estrie a un grand besoin de bras supplémentaires pour combler les urgences et offrir à nos citoyens et citoyennes un suivi avec un médecin de famille.

Vivre en Estrie signifie avoir accès à un milieu à la fois urbain et rural, une qualité de vie exceptionnelle et des attraits culturels et sportifs enviés de plusieurs.

Faire carrière dans le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie permet d'évoluer dans un milieu de travail stimulant et motivant au sein d'un réseau à l'écoute des besoins de son personnel.

Les besoins prioritaires de l'Estrie :

- l'urgence
- l'hospitalisation
- la prise en charge de la clientèle orpheline

Venez découvrir notre belle région et profiter d'une pratique à la hauteur de vos attentes.

Contactez le Département régional de médecine générale (DRMG) au 819 829-3400, poste 42563 ou 42570, pour une installation dans l'année 2008 ou 2009.

Raymonde Vaillancourt
Chef du DRMG

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

rvallancourt.agence05@sss.gouv.qc.ca

Les valeurs du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- le respect
- l'équité
- le partenariat
- la reconnaissance
- la performance

www.santeestrie.qc.ca