

Projet pilote dans la Région du Sud-ouest

a) Objectifs

- Évaluer les travailleurs blessés qui étaient absents du travail trois à quatre semaines après un accident ou la réapparition d'une blessure pour leur attribuer le plan de soins approprié selon une évaluation musculo-squelettique complète et l'administration du *Questionnaire sur la douleur et les activités*.
- Appliquer les meilleures pratiques de médecine du travail relativement aux soins dispensés aux travailleurs blessés.
- Minimiser la médicalisation de facteurs non médicaux.
- Réduire le nombre d'exams d'imagerie et de renvois aux chirurgiens orthopédistes pour les travailleurs blessés ayant peu de pathologies médicales objectives / lésions chirurgicales ou pas du tout.
- Accélérer les exams d'imagerie, les renvois et les opérations chez les travailleurs ayant des indications impératives / objectives d'une pathologie médicale / lésion chirurgicale.

b) Processus

- Travail sécuritaire NB suit les lignes directrices pour la pratique qui s'appliquent à la médecine du travail du American College of Occupational and Environmental Medicine afin d'assurer les meilleures pratiques quant aux soins dispensés aux travailleurs blessés. Ces lignes directrices comptent cinq algorithmes pour la phase aiguë (jusqu'à la semaine 4) et la phase subaiguë (semaines 4 à 12) d'une lésion musculo-squelettique. À des fins de la gestion des réclamations, ces cinq algorithmes ont été condensés pour former trois plans de soins.
- Travail sécuritaire NB a travaillé avec un comité de la Société médicale du Nouveau-Brunswick formé de chirurgiens orthopédistes dans la Région du Sud-ouest spécialisés dans les blessures à l'épaule afin d'établir des critères pour la classification des travailleurs blessés dans l'un de trois plans de soins :
 - Plan de soins médicaux-chirurgicaux
 - Plan de soins en vue d'une réadaptation en même temps qu'un renvoi
 - Plan de soins en vue d'une réadaptation
- Critères qui s'appliquent au plan de soins médicaux-chirurgicaux
 - Rupture du tendon du biceps
 - Rupture complète de la coiffe des rotateurs chez un travailleur âgé de moins de 50 ans
 - Déchirure du labrum
 - Déchirure d'un ligament du stade III
 - Luxation (articulation gléno-humérale ou acromio-claviculaire)
 - Fractures
 - Lésions nerveuses
 - Conditions au niveau du défilé thoracique

Aperçu du programme de la gestion des blessures à l'épaule

- Pas simplement une lésion musculo-squelettique => exige l'avis d'un médecin
- Critères qui s'appliquent au plan de soins en vue d'une réadaptation en même temps qu'un renvoi
 - Rupture complète de la coiffe des rotateurs chez un travailleur âgé de plus de 50 ans
 - Pourrait profiter d'injections
 - Problèmes au niveau de l'articulation acromio-claviculaire
 - Instabilité de l'articulation gléno-humérale
- Critères qui s'appliquent au plan de soins en vue d'une réadaptation
 - Travailleurs blessés qui ne satisfont pas aux critères ci-dessus
- Selon les lignes directrices du American College of Occupational and Environmental Medicine, on recommande une évaluation musculo-squelettique complète pour les personnes qui sont absentes du travail à la semaine 4. La plupart des médecins de famille disent aux médecins de Travail sécuritaire NB qu'ils n'ont pas le temps de procéder à une évaluation musculo-squelettique complète et recommandent un renvoi à un physiothérapeute en vue d'une évaluation pour dépister tout déséquilibre musculaire (Gozna 2006; Gozna 2009). À l'aide d'un processus de demandes de propositions, le Service de l'élaboration et de l'évaluation de programmes de Travail sécuritaire NB a établi un réseau de physiothérapeutes spécialisés dans les blessures à épaule.
- Les travailleurs blessés absents du travail à trois à quatre semaines après l'accident ou la réapparition de la blessure seraient adressés aux services de gestion des réclamations et dirigés vers un membre du réseau des physiothérapeutes spécialisés dans les blessures à l'épaule.
 - On enverrait une lettre au médecin de famille pour l'aviser du processus.
- Le physiothérapeute procéderait à une évaluation musculo-squelettique complète, y compris le dépistage de tout déséquilibre musculaire, une courte évaluation des capacités fonctionnelles et l'administration du *Questionnaire sur la douleur et les activités*. Il attribuerait ensuite l'un des trois plans de soins au travailleur selon les critères qui précèdent.
 - On a élaboré des formulaires détaillés pour l'évaluation du physiothérapeute et le renvoi.
- Les travailleurs blessés qui suivent le plan de soins médicaux-chirurgicaux devaient être dirigés immédiatement vers un chirurgien orthopédiste sans traitement de physiothérapie. Le physiothérapeute dirigerait le travailleur blessé directement vers le chirurgien orthopédiste par téléphone, et assurerait un suivi en télécopiant les formulaires d'évaluation et de renvoi.
- Les travailleurs blessés qui suivaient le plan de soins pour la réadaptation en même temps qu'un renvoi devaient être adressés au chirurgien orthopédiste aussitôt que possible tout en recevant une réadaptation appropriée. Le physiothérapeute dirigerait le travailleur blessé directement vers le chirurgien orthopédiste par téléphone, et assurerait un suivi en télécopiant les formulaires d'évaluation et de renvoi.

Aperçu du programme de la gestion des blessures à l'épaule

- Les travailleurs blessés suivant le plan de soins pour la réadaptation ne seraient pas adressés au chirurgien orthopédiste à moins d'un changement qui exigeait qu'on lui attribue un autre plan de soins.
 - Pour les travailleurs blessés ayant un résultat supérieur à 139 sur le *Questionnaire sur la douleur et les activités*, on suivait le protocole de gestion des réclamations : rencontre en personne avec le responsable de cas, entrevue motivationnelle, validation du risque élevé pour une invalidité prolongée et intervention(s) pour la gestion des risques selon les besoins.
 - Dans les cas de travailleurs blessés ayant un résultat supérieur à 147, l'équipe de gestion des réclamations pourrait considérer un renvoi en vue d'une réadaptation fonctionnelle active multidisciplinaire qui comprend une thérapie comportementale cognitive et la simulation du travail.
 - Les travailleurs blessés dont le résultat est inférieur à 148 poursuivraient leurs traitements de physiothérapie en vue d'une réadaptation fonctionnelle active à moins qu'il n'existait d'autres drapeaux jaunes qui justifieraient un renvoi au programme multidisciplinaire.
- Renvois à un chirurgien orthopédiste : les frais de consultation pour un renvoi par un physiothérapeute ou Travail sécuritaire NB seraient payés au taux d'une consultation accélérée. Les frais de consultation pour un renvoi par le médecin de famille ne seraient pas payés au taux d'une consultation accélérée. Pour une opération facultative, une autorisation au préalable serait nécessaire et on déterminerait si les frais seraient payés au taux d'une consultation accélérée.
- Imagerie : Les chirurgiens orthopédistes ont indiqué que l'outil idéal pour les cas de travailleurs blessés devrait être un examen arthro-IRM. Les ruptures partielles de la coiffe de rotateurs constituent une constatation commune sur les imageries par résonance magnétique chez les membres de la population générale âgés de plus de 45 ans (Sher, Uribe et coll. 1995; Tempelhof, Rupp et coll. 1999; Reilly 2006). Un résultat positif sur une imagerie par résonance magnétique positive peut être un faux positif. Bien que les médecins pourraient tenter de rassurer le patient, des recherches démontrent que le bien-être des personnes qui connaissent le résultat est moins bon que celui des personnes qui ne le connaissent pas (Modic, Obuchowski et coll. 2005).
- Évaluation des progrès fonctionnels : Les physiothérapeutes utiliseraient des outils fonctionnels validés comme le questionnaire DASH afin d'évaluer les progrès fonctionnels. Pour les travailleurs blessés susceptibles de subir une opération, le questionnaire SF-36 serait administré avant l'opération, trois mois après l'opération et six mois après l'opération.
- Des rencontres avec les chirurgiens orthopédistes auraient lieu à intervalles réguliers pour évaluer les progrès et dépister tout problème. On demande aux chirurgiens orthopédistes de communiquer avec le médecin-conseil pour des questions relatives au traitement ou des problèmes avec le travailleur blessé.
 - Certains travailleurs blessés ont une pathologie définitive qui est compliquée par des réactions de catastrophe envers la douleur et des comportements de peur / d'évitement. Des recherches ont démontré que ces travailleurs blessés auront de moins bons résultats quant aux

Aperçu du programme de la gestion des blessures à l'épaule

fonctions et à la reprise du travail (Trief, Grant et coll. 2000; Derby, Lettice et coll. 2005; Mannion et Elfering 2006; Rosenberger, Jokl et coll. 2006; Mannion, Elfering et coll. 2007; Sullivan, Tanzer et coll. 2009). Ces travailleurs ont besoin d'une thérapie comportementale cognitive avant l'opération et auraient probablement de meilleurs résultats dans un programme de réadaptation multidisciplinaire après l'opération plutôt que dans un programme de réadaptation active de physiothérapie d'une seule discipline.

- Des recherches ont indiqué que les patients dont les résultats étaient plus élevés pour ce qui est de réactions de catastrophe envers la douleur et de comportements de peur / d'évitement exerceront des pressions sur les médecins afin d'obtenir une note pour ne pas participer à un programme de réadaptation active ou de reprise du travail (Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2003; Gheldof, Vinck et coll. 2006; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006; Swinkels-Meewisse, Roelofs et coll. 2006b). On peut présumer que c'est ce qui se passerait si le chirurgien orthopédiste recommandait des traitements par un physiothérapeute qui ne faisait pas partie du réseau de physiothérapeutes spécialisés dans les blessures à l'épaule sans avoir communiqué avec le médecin-conseil afin de discuter d'un problème avec un certain physiothérapeute.
- Le projet pilote serait censé être évalué à tous les trois mois et au bout d'un an. Les résultats seraient partagés avec les membres du comité de la Société médicale du Nouveau-Brunswick formé de chirurgiens orthopédistes spécialisés dans les blessures à l'épaule.

c) Résultats

Le projet pilote a permis d'atteindre les objectifs fixés et de favoriser un réseautage accru entre les chirurgiens orthopédistes et Travail sécuritaire NB.

Le pourcentage de cas de blessures à l'épaule adressés aux chirurgiens orthopédistes est passé de 64 % à 46 %, soit une diminution de 16 % vers la semaine 5 pour les renvois par des physiothérapeutes spécialisés dans les blessures à l'épaule et une diminution de 30 % pour les médecins de famille vers la semaine 2. Les chirurgiens orthopédistes ont demandé à Travail sécuritaire NB d'établir un processus selon lequel ils pourraient diriger les patients adressés par un médecin de famille au réseau de physiothérapeutes spécialisés dans les blessures à l'épaule à des fins de triage. Ils n'ont pas signalé de cas selon lesquels un médecin de famille avait adressé un travailleur blessé qui avait déjà reçu des traitements dans le réseau de physiothérapeutes spécialisés dans les blessures à l'épaule. Selon notre interprétation, cela voulait dire que les travailleurs blessés dans le volet de la réadaptation étaient gérés de façon appropriée.

Le pourcentage de travailleurs blessés subissant un examen par imagerie est passé de 64 % à 27 %, c'est-à-dire une diminution de 16 % d'examen demandés par les médecins de famille et les spécialistes qui ne faisaient pas partie du réseau de chirurgiens orthopédistes spécialisés dans les blessures à l'épaule (de ce pourcentage, il s'agissait d'une diminution de 50 % d'imageries par résonance magnétique, de 42 % d'examen d'arthro-IRM et de 8 % d'arthrographies); et de 11 % d'examen demandés par les chirurgiens orthopédistes faisant partie du réseau (70 % d'examen d'arthro-IRM, 25 % d'imageries par résonance magnétique et 5 % d'arthrographies). Le pourcentage

Aperçu du programme de la gestion des blessures à l'épaule

d'opérations est passé de 20 % à 11 % , tandis que le pourcentage d'opérations en raison d'indications impératives est passé de 43 % à 71 %.

Le durée moyenne des réclamations est passée de 32 semaines à 21 semaines pour les travailleurs blessés qui ne subissaient pas d'opération, de 55 semaines à 48 semaines pour les opérations en raison d'indications impératives et de 79 à 39 semaines pour les opérations en raison d'indications électives. Un total de 100 % des travailleurs blessés adressés par le physiothérapeute avaient des indications impératives pour une opération, comparativement à 40 % des travailleurs blessés adressés par un médecin de famille. Le résultat moyen sur le *Questionnaire sur la douleur et les activités* pour les travailleurs blessés adressés par le physiothérapeute était de 106 (29 % avaient beaucoup de drapeaux jaunes), par rapport à 122 pour les travailleurs blessés adressés par un médecin de famille (32 % avaient beaucoup de drapeaux jaunes). Ces chiffres appuient la recommandation des chirurgiens orthopédistes pour un processus afin de diriger les patients adressés par un médecin de famille avant la semaine 4.

Références

DERBY, R., J.J. Lettice et coll. (2005). « Single-level lumbar fusion in chronic discogenic low-back pain: psychological and emotional status as a predictor of outcome measured using the 36-item Short Form ». *J Neurosurg Spine* **3**(4) : pages 255 à 261.

GHELDOLF, E.L., J. Vinck, et coll. (2006). « Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: evidence of mediation by pain-related fear ». *Eur J Pain* **10**(6) : pages 513 à 525.

GOZNA, E. (2006). « FACTS²: A Systematic Approach to Shoulder Pain. » *Web-based training on assessment, treatment, rehabilitation and disability management of occupational injuries and diseases*. Repéré le 2 janvier du site Web <http://www.grandroundsnow.com/courses/jpage/1/p/Home/content.do>.

GOZNA, E. (2009). « Muscle Imbalance Syndrome. » *Web-based training on assessment, treatment, rehabilitation and disability management of occupational injuries and diseases*. Repéré le 20 avril 2011 du site Web <http://www.grandroundsnow.com/courses/jpage/1/p/Home/content.do>.

MANNION, A.F. et A. Elfering (2006). « Predictors of surgical outcome and their assessment ». *Eur Spine J* **15 Suppl 1** : pages S93 à 108.

MANNION, A.F., A. Elfering et coll. (2007). « Predictors of multidimensional outcome after spinal surgery ». *Eur Spine J* **16**(6) : pages 777 à 786.

MODIC, M.T., N.A. Obuchowski et coll. (2005). « Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome ». *Radiology* **237**(2) : pages 597 à 604.

Aperçu du programme de la gestion des blessures à l'épaule

REILLY, P., I. Macleod, R. Macfarlane, J. Windley et R. Emery (2006). « Dead man and radiologists don't lie: a review of cadaveric and radiological studies of rotator cuff prevalence ». *Annals of the Royal College of Surgeons of England* **88**(2) : 116 à 121.

ROSENBERGER, P.H., P. Jokl et coll. (2006). « Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review ». *J Am Acad Orthop Surg* **14**(7) : pages 397 à 405.

SHER, J.S., J.W. Uribe et coll. (1995). « Abnormal findings on magnetic resonance images of asymptomatic shoulders ». *J Bone Joint Surg Am* **77**(1) : pages 10 à 15.

SULLIVAN, M., M. Tanzer et coll. (2009). « Psychological determinants of problematic outcomes following Total Knee Arthroplasty ». *Pain* **143**(1-2) : pages 123 à 129.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs et coll. (2006). « Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability ». *Pain* **120**(1-2) : pages 36 à 43.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs et coll. (2003). « Fear of movement/(re)injury, disability and participation in acute low back pain ». *Pain* **105**(1-2) : pages 371 à 379.

SWINKELS-MEEWISSE, I.E., J. Roelofs et coll. (2006b). « Fear-avoidance beliefs, disability, and participation in workers and non-workers with acute low back pain ». *Clin J Pain* **22**(1) : pages 45 à 54.

TEMPELHOF, S., S. Rupp et coll. (1999). « Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders ». *J Shoulder Elbow Surg* **8**(4) : pages 296 à 299.

TRIEF, P.M., W. Grant et coll. (2000). « A prospective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome ». *Spine* **25**(20) : pages 2616 à 2621.