

PROGRAMME DE SOINS POUR LES LÉSIONS MUSCULO-SQUELETTIQUES

1^{ER} AOÛT 2014

GUIDE DE RÉFÉRENCE

Table des matières

Remerciements	3
Portée du programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques	3
Les preuves	3
Objectifs	4
Population-cible	4
Évaluation des drapeaux et des obstacles à l'égard du rétablissement et du retour au travail	4
Évaluation clinique	5
Durée du traitement et interventions fondées sur les preuves	5
Éducation	5
Modification de l'activité	6
Exercices thérapeutiques	6
Manipulation ou mobilisation	6
Massage	6
Électrothérapie et thermothérapie	6
Immobilisation au moyen d'attelles	6
Rester ou retourner au travail	7
Déclaration et communication	7
Évaluation	7
Honoraires	7
Références choisies	8
Médecine fondée sur les preuves	8
Évaluation des drapeaux et des obstacles vis-à-vis du rétablissement et du retour au travail	8
Mesure des résultats, échelle fonctionnelle spécifique au patient	8

Remerciements

Les associations de professionnels de la santé réglementées suivantes ont grandement contribué à l'élaboration du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques :

- Association chiropratique de l'Ontario;
- Association de physiothérapie de l'Ontario;
- Ontario Society of Occupational Therapists;
- Registered Massage Therapists' Association of Ontario.

La CSPAAT reconnaît et apprécie leur participation.

Portée du programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques

Le Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques est un programme de prestation de soins fondé sur les preuves élaboré à l'intention des travailleuses et travailleurs atteints d'au moins une lésion :

musculaire, tendineuse, ligamentaire, aponévrotique ou intra-articulaire, ou de toute combinaison de celles-ci, à l'origine d'une lésion tissulaire légère à modérée (stade I ou II). Toutefois, les déchirures totales et les ruptures (stade III) qui peuvent requérir une réparation chirurgicale sont exclues.

Les preuves

Le Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques repose sur les principes de la médecine fondée sur les preuves, cette dernière étant définie comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données scientifiques dans l'établissement des soins à prodiguer à un patient. » (Sackett et al. 1996). Auparavant, la CSPAAT a utilisé la médecine fondée sur les preuves lors de l'élaboration de programmes de soins, notamment celui pour les lésions musculo-squelettiques à l'épaule et au bas du dos. La recherche documentaire, la présentation et les discussions à l'égard des principales constatations visant l'élaboration de ce programme de soins ont été menées par les associations de professionnels de la santé participantes mentionnées dans la section Remerciements, en collaboration avec la CSPAAT.

La documentation examinée et les interventions recommandées reposent sur :

- des études menées ou des lignes directrices publiées depuis 2005;
- des études auprès de patients en âge de travailler;
- des études comparatives (p. ex., des études tant sur échantillons aléatoires que par cohortes);
- des examens systématiques, des lignes directrices et des études individuelles dans le cadre desquels les normes de qualité ont été respectées grâce à des processus fondés sur les preuves.

Critères d'exclusion relatifs à l'analyse documentaire :

- les diagnostics visés par d'autres programmes de soins ont été exclus des termes de recherche;
- les interventions chirurgicales ou effractives;
- les interventions pharmaceutiques;
- les fractures;
- les études principalement basées sur un groupe d'âge pédiatrique ou des personnes âgées de plus de 65 ans;
- les études ou lignes directrices qui ne sont pas en anglais, à moins qu'elles n'aient été traduites dans cette langue.

Les références clés de la médecine fondée sur les preuves, les drapeaux jaunes et la méthode de mesure des résultats qui doit être utilisée dans le cadre de ce programme de soins sont inclus à la fin du présent guide.

Objectifs

Les objectifs du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques incluent notamment :

- fournir une évaluation complète, un diagnostic de travail et un plan de traitement axé sur la réactivation et la restauration rapides des fonctions;
- faciliter un retour au travail sécuritaire, rapide et viable pour les travailleuses et travailleurs;
- cerner rapidement les travailleurs qui ne répondent pas au traitement administré dans le cadre du programme de soins, notamment en utilisant l'échelle fonctionnelle spécifique au patient comme outil de mesure;
- communiquer les constatations de l'évaluation et les résultats fonctionnels aux travailleurs, aux autres professionnels de la santé traitants et à la CSPAAT, le cas échéant;
- parvenir à satisfaire les travailleurs, les fournisseurs de soins et les autres parties concernées quant à la qualité des soins.

Population-cible

La population-cible de ce programme de soins comprend les travailleuses et travailleurs :

- qui sont atteints de lésions aiguës des tissus mous, notamment les foulures et entorses;
- qui sont atteints d'une lésion musculo-squelettique qui n'est actuellement pas traitée dans le cadre d'un programme de soins existant;
- dont la demande de prestations à la CSPAAT a été acceptée rapidement, au maximum dans les huit semaines suivant la date de la lésion ou de la récurrence;
- qui peuvent être atteints d'une autre lésion ne les empêchant pas de participer à ce programme de soins;
- qui ne présentent aucune preuve clinique de drapeaux rouges;
- qui sont encore au travail (régulier ou modifié) ou absents du travail;
- qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

Les diagnostics qui peuvent être considérés comme un motif d'exclusion du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques comprennent ce qui suit :

- les déchirures et ruptures totales (stade III) qui requièrent davantage de réparation chirurgicale;
- les fractures;
- tout trouble qui empêcherait un travailleur de participer à un programme de réadaptation active.

Évaluation des drapeaux et des obstacles à l'égard du rétablissement et du retour au travail

La documentation classifie souvent les obstacles au rétablissement et au retour au travail en utilisant des drapeaux de couleur. Leur utilisation en vue de cerner les préoccupations peut faciliter le rétablissement d'un travailleur. Les drapeaux rouges, orange, jaunes, bleus et noirs sont décrits dans la présente section. Il s'agit d'outils servant à déterminer tout obstacle à la réussite et à l'élaboration d'un plan dans le but d'aboutir à une issue positive pour le travailleur. On n'attend pas des professionnels de la santé qu'ils adoptent cette nomenclature. Toutefois, ils doivent tenir compte de ces obstacles.

Le dépistage des drapeaux rouges fait partie d'une évaluation musculo-squelettique. Les drapeaux rouges constituent des signes révélant qu'un trouble plus grave est responsable des symptômes présentés par le travailleur. Ces signes peuvent inclure d'importants signes d'infections ou de tumeur, de déficits neurologiques ou un trouble systémique, et ils constituent des motifs d'exclusion du travailleur du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques en vue d'une orientation vers d'autres services requis.

Les réactions psychologiques aux lésions qui découlent de la psychopathologie sont qualifiées de drapeaux orange dans la documentation. Il existe des outils qui peuvent être utilisés pour bien comprendre l'existence de drapeaux orange, notamment l'[outil de dépistage clinique en trois étapes](#). Les travailleurs qui obtiennent une note élevée à la suite de ces mesures peuvent nécessiter une orientation en vue d'une évaluation appropriée. Veuillez communiquer avec la CSPAAT lorsque l'existence d'une grave psychopathologie est soupçonnée, et que cette dernière empêche le travailleur de participer avec succès au Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques.

Les drapeaux jaunes signalent des réactions psychologiques normales aux lésions, toutefois inopportunes. Contrairement aux drapeaux rouges, l'existence de drapeaux jaunes ne constitue pas à elle seule un motif d'exclusion ou de congé du travailleur du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques. Toutefois, si les drapeaux jaunes deviennent d'importants obstacles à la participation

du travailleur au programme de réadaptation active en question, ce dernier devrait faire l'objet d'un congé et être orienté vers des soins appropriés. Voici des exemples de drapeaux jaunes :

- croire que toute douleur ou tout mal est nuisible;
- préférer des traitements passifs;
- craindre ou éviter des activités.

Dans certains cas, les travailleuses et travailleurs avec des drapeaux jaunes peuvent être cernés sans avoir recours à une évaluation structurée précise. Les outils de dépistage de l'existence de drapeaux jaunes comprennent notamment le questionnaire *Appréhension-évitement et croyances*, l'Échelle de kinésiophobie de Tampa (TSK-CF) et l'Échelle de dramatisation face à la douleur (PCS-CF). L'utilisation de ces outils n'est pas obligatoire. Toutefois, ils peuvent s'avérer utiles et devraient être gérés à la discrétion du professionnel de la santé.

Les drapeaux bleus font référence aux facteurs sociaux et environnementaux qui pourraient retarder le rétablissement et qui découlent de l'environnement de travail, par exemple un travail qui est perçu comme étant trop pénible ou dangereux par le travailleur. Les drapeaux noirs font référence aux lois, aux politiques ou aux procédures, tant dans le contexte de la CSPAAT que dans celui du système élargi, qui pourraient être considérées comme des obstacles au rétablissement. Veuillez communiquer avec la CSPAAT s'il y a présence de drapeaux bleus ou noirs qui pourraient compromettre le succès du rétablissement et du retour au travail d'un travailleur afin de discuter de la façon de les régler efficacement et d'assurer la réussite du programme de soins.

Évaluation clinique

La méthode de mesure des résultats devant être employée vise le présent Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques, comme cela est décrit ci-dessus. Sa validité, sa fiabilité et sa sensibilité au changement ont été démontrées et le seuil de différence minimale cliniquement importante (DMCI) a été établi.

Cet outil de mesure des résultats est l'échelle fonctionnelle spécifique au patient¹ (PSFS) et sera utilisé en vue de mesurer l'amélioration du fonctionnement d'un travailleur, de son admission au Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques à son congé de celui-ci. La PSFS est une méthode de mesure autonome spécifique au patient conçue pour évaluer les changements fonctionnels principalement chez des

patients présentant des troubles musculo-squelettiques. Elle n'est spécifique ni à un siège ni à un type de lésion. La validité, la fiabilité et la sensibilité au changement de la PSFS chez les travailleurs atteints de lésions au genou, à l'épaule, aux membres supérieurs, au cou et au bas du dos ont été démontrées. La PSFS ne dépend pas de l'alphabétisation, est extrêmement bien adaptée à la population active, permet d'attribuer une note simplement et est facile à interpréter.

Il est demandé au travailleur d'identifier trois à cinq activités fonctionnelles quotidiennes qui lui sont difficiles en raison de sa lésion musculo-squelettique. Le travailleur donne ensuite une note à sa capacité à réaliser l'activité en question sur une échelle de zéro (incapable de réaliser l'activité) à dix (capable de réaliser l'activité à un niveau égal à celui d'avant la blessure). La note maximale de la PSFS est dix (note totale divisée par le nombre de tâches) tandis que la note minimale est zéro. Les progrès réalisés pour atteindre la note de dix constituent une mesure de l'amélioration du fonctionnement. La différence minimale clinique importante (DMCI) représente trois points sur la PSFS.

La PSFS doit être utilisée lorsque le travailleur est admis au Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques et en prend congé. Les notes doivent être consignées dans le *Rapport d'évaluation initiale du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques* et le *Sommaire des soins et des résultats*.

Durée du traitement et interventions fondées sur les preuves

Les interventions thérapeutiques suivantes devraient être utilisées de manière à ce que leur combinaison, fréquence et intensité soient des plus efficaces, selon le jugement clinique, les constatations cliniques et les besoins fonctionnels du travailleur. Un nombre minimal de consultations doit être fourni au cours du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques, dont la durée maximale est de huit semaines.

Éducation

L'éducation permet aux travailleurs de mieux comprendre leur trouble et les résultats prévus du traitement. Elle fournit une explication au sujet de la lésion et facilite l'élaboration d'un plan pour atteindre les objectifs du programme de soins. L'éducation est un processus permanent qui est intégré à chaque

¹ ©1995 P. Stratford. Contenu adapté avec permission.

intervention auprès du travailleur pour maximiser ses effets bénéfiques.

L'éducation devrait comprendre ce qui suit :

- une explication de la lésion au moyen de termes physiologiques et anatomiques que le travailleur peut comprendre;
- des assurances positives sur le pronostic de la lésion;
- l'examen du plan de traitement et du programme de rétablissement;
- une discussion au sujet de l'importance de reprendre rapidement ses activités et de demeurer ou de retourner au travail;
- des stratégies en vue de faciliter l'autogestion de la douleur;
- la détermination des drapeaux décrits ci-dessus et une discussion à leur égard;
- un engagement du travailleur envers son rétablissement.

Dans le cas des travailleurs présentant des drapeaux jaunes, surtout lorsque la douleur constitue une idée maîtresse, l'éducation a d'autant plus d'importance et devrait comprendre l'explication de la sensibilisation centrale et des signes précoces de douleurs persistantes ainsi que des assurances que ce cycle de douleur peut être interrompu et traité.

Modification de l'activité

Une modification appropriée de l'activité met l'accent sur la nature temporaire de toute restriction, les activités qui peuvent être réalisées sans danger et la façon d'accomplir ces dernières en toute sécurité.

Par activité graduée, on entend une augmentation des activités progressive et subordonnée au temps, du niveau opérant de base vers des objectifs prédéterminés. Il a été démontré qu'une activité graduée réduit la douleur, l'incapacité et l'absentéisme plus efficacement que d'autres interventions thérapeutiques.

La modification de l'activité est importante pour tous les travailleurs participant au Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques. Cependant, dans le cas de travailleurs avec des drapeaux jaunes, une réadaptation spécifique à la tâche doit être effectuée de manière plus soutenue et supervisée par rapport aux autres travailleurs.

Exercices thérapeutiques

La réadaptation des muscles, tendons et ligaments devrait mettre l'accent sur la restauration de l'amplitude articulaire et de la force en ayant recours à des exercices fonctionnels aussi tôt que possible et l'aboutissement à une réadaptation axée sur la tâche.

Les exercices sont plus efficaces lorsqu'ils sont personnalisés selon le travailleur et les exigences fonctionnelles. Ils visent à restaurer la normalité en ce qui a trait à l'activité, aux mouvements et au fonctionnement. Des exercices complexes contribuent à y parvenir et peuvent être qualifiés dans la documentation d'apprentissage moteur, de réadaptation neuromusculaire, d'exercices fonctionnels, d'exercices de coordination, de programmes de stabilisation et de rééducation proprioceptive. Le programme d'exercices devrait être supervisé et renforcé par un programme d'exercices à domicile. Les exercices devraient être progressifs, leur intensité augmentant au fur et à mesure que le travailleur se rétablit et progresse.

Manipulation ou mobilisation

Effectuer une manipulation ou une mobilisation peut aider les articulations à retrouver leur souplesse et les autres tissus à recouvrer leur longueur et leur structure à la suite d'une lésion.

Massage

Les massages peuvent être indiqués dans le cadre de la réadaptation à la suite de lésions musculo-squelettiques. Ils visent à soulager la douleur.

Électrothérapie et thermothérapie

La cryothérapie, la thermothérapie et l'électrothérapie peuvent être indiquées en vue du soulagement de la douleur dans le cadre du programme de réadaptation.

Immobilisation au moyen d'attelles

Certaines lésions aux extrémités peuvent nécessiter une immobilisation temporaire au moyen d'une orthèse, d'un plâtre ou d'une attelle amovible. Les avantages d'une immobilisation temporaire comprennent le maintien de l'activité et du fonctionnement habituel tout en protégeant le siège de lésion.

Rester ou retourner au travail

Le fait de rester ou de retourner au travail améliore le rétablissement, fait partie du processus de réadaptation et permet de réduire efficacement l'incapacité de travail. Il est prouvé que rester ou retourner au travail à la suite d'une lésion améliore les résultats en matière de rétablissement, d'état de santé et d'emploi à long terme. La CSPAAT parle dans ce cas du principe « Mieux au travail ».

Les considérations suivantes vis-à-vis du retour au travail peuvent être utilisées pour évaluer l'état du travailleur et permettre la planification du traitement :

- objectifs du retour au travail fournis par le spécialiste du retour au travail ou le gestionnaire de cas de la CSPAAT;
- situation professionnelle actuelle;
- antécédents professionnels;
- formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles (DCF)* et rapports de traitement dûment remplis;
- tolérance fonctionnelle autodéclarée au moyen de l'échelle fonctionnelle spécifique au patient.

Déclaration et communication

Une communication rapide et efficace contribue considérablement au succès du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques. La communication comprend des rapports écrits ainsi que des entretiens téléphoniques et en personne. La fréquence des contacts dépendra des circonstances du travailleur et de l'étendue de ses progrès.

Au cours du programme de soins, les professionnels de la santé peuvent communiquer notamment avec :

- le travailleur ou la travailleuse;
- l'employeur;
- l'équipe de prestation de services de la CSPAAT, notamment le gestionnaire de cas;
- les professionnels de la santé traitants.

Le Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques comprend la mesure des progrès et des résultats du travailleur. La mesure des modifications et du rétablissement consiste en ce qui suit :

- Évaluation initiale : collecte des renseignements de base en vue de la planification du traitement.
- Processus de congé : sommaire sur le degré de rétablissement du travailleur.
- Mesures conventionnelles : comme indiqué, collecte lors de l'admission et du congé.

IMPORTANT

Lorsque, à l'issue du programme de soins, le travailleur n'est pas censé retourner au travail pour accomplir ses tâches régulières selon son horaire habituel, le professionnel de la santé doit communiquer avec la CSPAAT avant la fin de la 6^e semaine du programme.

Dans le *Sommaire des soins et des résultats*, on demande au professionnel de la santé si, à l'issue du Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques, le travailleur est capable de retourner travailler selon ses tâches et son horaire habituels. Il est prévu que la réponse à cette question soit communiquée au travailleur.

Veillez poster ou télécopier le *Rapport d'évaluation initiale* et le *Sommaire des soins et des résultats* à :

200, rue Front ouest
Toronto ON M5V 3J1

OU

Télécopieur : (416) 344-4684 ou 1-888-313-7373.

Évaluation

Le Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques est évolutif et progressera selon les résultats de l'évaluation clinique et du programme ainsi que les nouvelles preuves. Le Programme de soins pour les lésions musculo-squelettiques fera l'objet d'une évaluation à la suite de sa mise en œuvre en vue de déterminer la satisfaction du professionnel de la santé, du travailleur et de l'employeur ainsi que les améliorations au niveau du travailleur, du professionnel de la santé et du programme.

La PSFS sera utilisée pour surveiller les changements de la capacité fonctionnelle du travailleur. Le total des notes, lui, servira à surveiller l'efficacité du professionnel de la santé et du programme.

Honoraires

La structure des honoraires reflète l'intérêt porté par la CSPAAT à payer pour une réadaptation de haute qualité, personnalisée et axée sur le fonctionnement, qui permet au travailleur de reprendre son travail régulier.

Références choisies

Médecine fondée sur les preuves

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71

Évaluation des drapeaux et des obstacles vis-à-vis du rétablissement et du retour au travail

Questionnaire Appréhension-évitement et croyances. Récupéré le 30 octobre 2013 sur http://www.udel.edu/PT/PT%20Clinical%20Services/journalclub/caserounds/05_06/mar06/FABQ1.pdf

Kent P, K. P. The efficacy of targeted interventions for modifiable psychosocial risk factors of persistent nonspecific low back pain - A systematic review. *Manual Therapy*, 17 (5), 385-401.

Nicholas M, L. S. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*, 91 (5), 737-753

Pool J, O. R. (2010). Is a behavioral graded activity program more effective than manual therapy in patients with subacute neck pain. *Spine*, 35 (10), 1017-1024

Sullivan, M. (n.d.). *Échelle de dramatisation face à la douleur*. Récupéré le 30 octobre 2013 sur http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMannual_English.pdf http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/Measures_PCS_Adult_English.pdf

Échelle de kinésiophobie de Tampa (n.d.). Récupéré le 30 octobre 2013 sur http://www.tac.vic.gov.au/files-to-move/media/upload/tampa_scale_kinesiophobia.pdf

Mesure des résultats, échelle fonctionnelle spécifique au patient

Cleland J, F. J. (2006). The reliability and construct validity of the Neck Disability Index and the Patient-Specific Functional Scale in patients with cervical radiculopathy. *Spine*, 31 (5), 598-602.

Gross D, B. M. (2008). The patient-specific functional scale: validity in workers' compensation claimants. *Arch of Phys Med Rehab*, 89 (7), 1294-1299.

Hefford C, A. J. (2012). The patient-specific functional scale: validity, reliability and responsiveness in patients with upper extremity musculoskeletal problems. *J Orthop Sports Phys Ther*, 42 (2), 56-65.

Horn K, J. S. (2012). The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics and application as a clinical outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther*, 42 (1), 30-42.

Stratford P, G. C. (1995). Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. *Physiotherapy Canada*, 47, 258-263.

